

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBIMORTALIDAD DE VIH-SIDA Y SU RELACION CON LAS VARIABLES SOCIALES DE LA SALUD. ESE HOSPITAL SAN RAFAEL EN SAN JUAN DEL CESAR. 2005-2014.**

**LIDYS MARIA FRAGOZO GAMEZ**

**Tesis para Optar por el grado para optar el título de “Magíster de la Universidad del Norte en Salud Pública”**

**Barranquilla, Noviembre, 2015**



**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBIMORTALIDAD DE VIH-SIDA Y SU RELACION CON LAS VARIABLES SOCIALES DE LA SALUD. ESE HOSPITAL SAN RAFAEL EN SAN JUAN DEL CESAR. 2005-2014.**

**Lidys María Fragozo Gámez**  
**Candidato a Magister en Salud Pública**

**Rafael de Jesús Tuesca Molina**  
**Director: Trabajo de Tesis de Maestría**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**  
**UNIVERSIDAD DEL NORTE**  
**BARRANQUILLA**  
**2015**





**ESTA TESIS DE GRADO HA SIDO APROBADA POR LA MAESTRÍA EN  
SALUD PÚBLICA. DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA .DIVISIÓN  
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**RAFAEL DE JESUS TUESCA MOLINA**

.....  
**DIRECTOR DE TESIS**

**RAFAEL DE JESUS TUESCA MOLINA  
COORDINACIÓN DE LA MAESTRÍA**

.....  
**JURADO 1**

**DR. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

.....  
**JURADO 2**

**Dr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**



El Dr. Rafael de Jesús Tuesca Molina, Coordinador y docente de la Maestría de Salud Pública y docente del Departamento de Salud Pública, perteneciente a la División Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte.

**Informa:**

Que el trabajo titulado **“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBIMORTALIDAD DE VIH-SIDA Y SU RELACION CON LAS VARIABLES SOCIALES DE LA SALUD. ESE HOSPITAL SAN RAFAEL EN SAN JUAN DEL CESAR. 2005-2014.”** ha sido realizado bajo nuestra tutoría y dirección por el Candidato a Magister en Salud Pública: **Lidys María Fragozo Gámez**, considerando que este trabajo reúne las condiciones exigibles para ser sustentado y optar al grado de Magister

**Rafael Tuesca Molina**  
**Maestría en Salud Pública**

**Barranquilla, Julio 14 de 2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

**“Yo y mi familia serviremos al Señor” Josué 24:15**

**“ Cree en el Señor Jesús y te salvarás , tú y toda tu familia” Hch 16:31**

A Mi Rey de Reyes Dios Altísimo Omnipotente

A mi amado Ricardo Javier

A mis Madres Antonia de Jesús y María Isabel

A mis Hermanos Alejandro, Carlos , Luz Jean, Diana , Jose Luis, Luzainne, Mayra y Remedios,

A mi Amiga Jafiza.

El presente trabajo se elaboró con la orientación de los docentes de la Universidad del Norte.

Agradezco a Dios Altísimo por amarme como nadie lo podrá hacer y protegerme siempre durante los viajes que durante dos años debí realizar permanentemente a la ciudad de Barranquilla para poder realizar mis estudios y por permitirme encontrar allí el tesoro de la amistad en Jafi, Juandi, Omar y Royman; a mi familia y al hombre que amo Ricardo Javier por estar siempre conmigo en los momentos hermosos y feos brindándome su amor, apoyo, confianza y cooperación. A mi amiga Jafi por estar allí siempre conmigo ofreciendome su amistad , cariño y afecto, compartiendo sus conocimientos, alegrías y entusiasmo mucho más allá de cantar sus canciones en inglés con emoción y felicidad.

Al coordinador de la maestría en Salud Pública Dr. Rafael TUESCA y al Director de postgrados Dr. Edgar Navarro por brindarme la gran oportunidad de alcanzar este proyecto en mi vida y multiplicar los dones que Nuestro Señor me ha concedido a través de mis estudios. Gracias por darme lo mejor que tienen como seres humanos: su cariño, grandes conocimientos y hermosas sonrisas.

## RESUMEN

### CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBIMORTALIDAD DE VIH-SIDA Y SU RELACION CON LAS VARIABLES SOCIALES DE LA SALUD. ESE HOSPITAL SAN RAFAEL EN SAN JUAN DEL CESAR. 2005-2014.

**Objetivo:** Caracterizar el comportamiento epidemiológico de la morbilidad de los usuarios con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA que asisten a la ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar y su relación con las variables sociales de la salud de tipo sociodemográfico. 2005-2014.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo, de análisis de tendencia y variables sociodemográficas-epidemiológicas a partir de fuente secundaria (Ficha epidemiológica INS N° 850) de pacientes que asistieron a la ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar – La Guajira – Colombia, para el periodo 2005-2014. Se realizó análisis univariado y bivariado de las variables sociodemográficas, características relacionadas con la prestación de servicios de salud y las características clínicas, a través de frecuencias absolutas, relativas, y chi cuadrado. También se usó la frecuencia acumulada, medidas de tendencia central y dispersión: media, mediana y coeficiente de variación (variable edad) y tasas de mortalidad y letalidad para variables de tendencia.

**Resultados:** Se notificaron 102 casos y se observa una tendencia creciente en ambos sexos, con una razón de masculinidad en casi todo el periodo de 1:1. Las edades que mostraron mayores porcentajes fueron de 20 a 49 años y en menor frecuencia en menores de 19 años y mayores de 50 años. Procedentes en su mayoría de municipios, mayormente poblados en la baja Guajira (81,0%). Al momento del diagnóstico el 51% de las personas se encontraban sin pareja y Con

algún tipo de empleo (88%), en su mayoría afiliados al régimen subsidiado e identificado en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización, con mayor proporción de mujeres en Consulta Externa (53,7%), y de hombres en hospitalización (53,8%); tamizados con la prueba de Elisa y confirmadas (56%) a través de la prueba Western Blot con un 96,56% de positividad y al 15% no se realizó la confirmación porque fueron pacientes cuyo diagnóstico fue acompañado de muerte. El mecanismo de transmisión más común es la vía heterosexual (96.1%) para ambos sexos. En relación a las tasas durante 5 años del periodo las tasas observadas en el municipio de San Juan del Cesar, fueron mayores que las observadas a nivel departamental. El 80.4% de todos los casos se identificaron como personas que viven con VIH, asintomáticos, el 18.6% de todos los casos del periodo fueron identificados como VIH-SIDA, (sintomáticos). Se observa una tendencia al aumento de casos asintomáticos y una disminución del número de muertes a partir del año 2010. El mayor número de casos de muertes se observó en las personas sin pareja (79%) y de ambos sexos, procedentes en su mayoría del municipio de San Juan del Cesar.

**Conclusiones:** De todas las variables sociales relacionadas con la salud de tipo sociodemográfico el régimen de afiliación, entidad promotora y municipio de procedencia presentan asociación estadísticamente significativas. Dentro de las variables relacionadas con la prestación de los servicios de salud la mayor frecuencia de consultantes procede de los servicios de urgencias y hospitalización y no se conocen en su mayoría el resultado de la prueba confirmatoria. El mayor mecanismo de transmisión es el heterosexual y en su mayoría fueron diagnosticados en etapa asintomática y se encuentran vivos. La tendencia es concentrada en cuanto al número de casos y descendente en cuanto al número de muertes. La mayor tasa de incidencia se observó en el municipio de San Juan del Cesar en donde diez de cada 10.000 habitantes vive con el virus de inmunodeficiencia humana.

**Palabras Claves:** VIH, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, prevalencia, tendencia, determinantes sociales, morbilidad, mortalidad.



## ABSTRAC

### CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBIMORTALIDAD DE VIH-SIDA Y SU RELACION CON LAS VARIABLES SOCIALES DE LA SALUD. ESE HOSPITAL SAN RAFAEL EN SAN JUAN DEL CESAR. 2005-2014.

**Objective:** To characterize the epidemiological behavior of the morbidity and mortality of users infected Humana- Immunodeficiency Virus Acquired Immunodeficiency Syndrome - HIV / AIDS attending the ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar and its relationship with social variables sociodemographic health. 2005-2014.

**Methods:** descriptive observational study, trend analysis and socio-demographic-epidemiological variables from a secondary source (epidemiological tab INS No. 850) of patients who attended the ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar - La Guajira - Colombia, for the period 2005-2014. Univariate and bivariate analysis of sociodemographic variables, features related to the provision of health services and clinical characteristics, through absolute, relative frequencies, and chi square was performed. The cumulative frequency was also used measures of central tendency and dispersion: average, median and coefficient of variation (variable age) and rates of mortality and lethality to trend variables.

**Results:** 102 cases were reported, and there is a growing tendency in both sexes, with a reason of masculinity in almost the entire period of 1:1. The ages that showed higher percentages were aged 20 to 49 and less frequently in children aged 19 and over 50 years. Coming mostly from municipalities, mostly populated in lower Guajira (81.0%). At the time of diagnosis the 51% of people were without a partner and with some kind of employment (88%), mostly affiliated to the

subsidized regime identified in the external consultation and hospitalization services, with the highest proportion of women in external consultation (53.7%), and men in hospitalization (53.8%); sieved with the Elisa test and confirmed (56%) through the test Western Blot with 96,56% positivity and 15% was not done confirmation because they were patients whose diagnosis was accompanied death. The most common transmission mechanism is the heterosexual way (96.1%) for both sexes. In relation to rates for 5 years of the period rates observed in the municipality of San Juan del Cesar, were higher than those observed at the departmental level. The 80.4% of all cases were identified as people living with HIV, asymptomatic, 18.6 per cent of all cases of the period were identified as HIV-AIDS, (symptomatic). There is a tendency to the increase of asymptomatic cases and a decrease in the number of deaths since 2010. The highest number of deaths was observed in people without a partner (79%) and both sexes, coming mostly from the municipality of San Juan Del Cesar.

**Conclusions:** All the social variables of type socio-demographic health-related affiliation, promoter and municipality of origin regime have statistically significant association. Variables related to the provision of health services within the greater frequency of consultants comes from emergency and inpatient services and they are unknown for the most part the confirmatory test result. The major mechanism of transmission is heterosexual and most were diagnosed in asymptomatic stage and alive are. The trend is concentrated in terms of the number of cases and down in terms of the number of deaths. The highest rate of incidence was observed in the municipality of San Juan del Cesar where ten of 10,000 inhabitants lives on the human immunodeficiency virus.

**Keywords:** HIV, acquired immune deficiency syndrome, prevalence, trend, social determinants, morbidity/mortality.

## CONTENIDO

Pág

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	21
1.1. Problema de investigación.	21
1.1.1. Naturaleza del problema.	21
1.1.2. Planteamiento o formulación del problema.	25
1.2 OBJETIVOS	45
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	45
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
1.3 PROPOSITO	45
1.3 MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE	45
1.4.1 ANTECEDENTES DE VIH	50
1.4.2 DEFINICION DEL VIH	67
1.4.3 AGENTE ETIOLÓGICO	69
1.4.4 MODO DE TRANSMISIÓN	70
1.4.5 PERÍODO DE INCUBACIÓN	70
1.4.6 PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD	71
1.4.7 DIAGNÓSTICO DEL VIH	71
1.4.7.1 DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y DEFINICIÓN DE CASO DE SIDA EN ADULTOS Y ADOLESCENTES MAYORES DE 13 AÑOS	73
1.4.7.2. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SIDA EN MENORES DE 18 AÑOS	73
1.4.7.2.1 Categoría Clínica A	73
1.4.7.2.2 Categoría Clínica B.	74
1.4.7.2.3 Categoría Clínica C.	75
1.4.7.3 PARA MENORES DE 13 AÑOS (CDC 1994- CDC 1999)	77
1.4.7.3.1 Categoría Clínica N: asintomático.	77
1.4.7.3.2 Categoría Clínica B: levemente sintomático.	77
1.4.7.3.3 Categoría Clínica C: gravemente sintomático.	78
1.4.7.4 CRITERIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA – VIH	80
1.4.7.4.1 PRUEBAS PARA DETECCIÓN	80
1.4.7.4.1.1 Pruebas presuntivas: ensayo inmunoenzimático (EIA).	81
1.4.7.4.1.2 Pruebas confirmatorias: western blot (WB) o inmunofluorescencia indirecta (IFI).	81

1.4.7.5 CASO CONFIRMADO DE VIH .....	82
1.4.7.5.1 Caso confirmado por laboratorio. ....	82
1.4.7.5.2 Caso confirmado de sida.....	83
1.4.7.5.3 Caso confirmado de muerte por SIDA.....	84
1.4.7.6 MARCO NORMATIVO.....	85
1.4.7.6.1 Ley 972 de 2005.....	86
1.4.7.6.2 Ley 1098 de 2006.....	86
1.4.7.6.3 Decreto 1543 de 1997 .....	86
1.4.7.6.4 Decreto 3518 de 2006.....	86
1.4.7.6.5 Decreto 2323 de 2006.....	86
1.4.7.6.6 Decreto 3039 de 2007 .....	86
1.4.7.6.7 Resolución 5261 de 1994.....	87
1.4.7.6.8 Resolución 3442 de 2006.....	87
1.4.7.6.9 Resolución 0002338 de 2013.....	87
1.4.7.6.10 Acuerdo 117 de 1998 .....	88
1.4.7.6.11 Acuerdo 228 de 2002 .....	88
1.4.7.6.12 Acuerdo 306 de 2005 .....	88
1.4.7.6.13 Acuerdo 336 de 2006 .....	88
1.4.7.6.14 Acuerdo 380 de 2005 .....	88
1.4.7.6.15 Acuerdo 368 de 2007 .....	89
1.4.7.6.16 Acuerdo 008 de 2009 .....	89
1.4.7.6.17 Anexo Técnico de 2007.....	89
1.4.7.6.18 Circular 063 de 2007 .....	89
1.4.7.6.19 Protocolo de Vigilancia en Salud Pública VIH-Sida 2014.....	90
1.4.8 COMPLICACIONES Y REPERCUSIONES DE TENER VIH .....	90
1.4.8.1 Implicaciones morales.....	93
1.4.8.2 Implicaciones legales .....	94
1.4.8.3 Implicaciones sociales.....	96
1.4.9 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL VIH TANTO LOS QUE TIENEN VIH COMO LOS QUE ESTAN A RIESGO DE CONTRAER EL VIH .....	97
1.4.9.1 FACTORES Y CONDUCTAS ASOCIADAS AL RIESGO DE ADQUIRIR LA INFECCIÓN POR EL VIH .....	97
1.4.10 TENDENCIA DE LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD EN EL MUNDO Y EN COLOMBIA. ....	105
1.4.11 DEFINICIÓN DE SALUD PÚBLICA .....	111
1.4.12 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. ....	111
1.4.12.1 MODELO DE DETERMINANTES DE LA SALUD .....	112
1.4.13 MODELO DE DAHLGREN Y WHITEHEAD .....	112
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>117</b>
2.1 DISEÑO .....	119

2.2 POBLACIÓN .....	117
2.2.1 Área. ....	119
2.2.2 Población .....	119
2.3 MUESTRA .....	119
2.4 INSTRUMENTO.....	119
2.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACION.....	119
2.6 ASPECTOS ETICOS .....	120
2.7 CARACTERIZACION DE LAS VARIABLES .....	120
2.7.2 Operacionalización de las variables.....	130
2.8 ANÁLISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS .....	130
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>133</b>
3.1 Comportamiento de Variables Sociales relacionadas con la salud de tipo sociodemográficos .....	133
3.2 Caracterización de Variables relacionadas con la prestación de servicios de salud y apoyo diagnóstico.....	156
3.3 Comportamiento Epidemiológico de las Variables relacionadas con las características clínicas .....	162
<b>4. DISCUSIÓN .....</b>	<b>1715</b>
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>1900</b>
<b>6. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES .....</b>	<b>1902</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>197</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>2244</b>

## LISTA DE TABLAS

- Tabla No. 1 Aspectos y variables relevantes en los estudios de tendencia de VIH-Sida
- Tabla 2. Frecuencia por año y sexo Casos de VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-CASOS-AÑO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.
- Tabla 3. Frecuencia de casos de VIH-Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-EDAD. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.
- Tabla 4. Frecuencia por Grupos de Edad Agregados casos de VIH-Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-EDAD. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.
- Tabla 5. Frecuencia de casos VIH-Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-EDAD-SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.
- Tabla 6. Frecuencia de los casos VIH-Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-ZONA DE RESIDENCIA. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 7. Frecuencia de los casos VIH-Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-MUNICIPIO DE RESIDENCIA. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 8. Frecuencia e incidencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-MUNICIPIO DE RESIDENCIA. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 9. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-OCUPACIÓN Y SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014

- Tabla 10. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-ESTADO CIVIL. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 11. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-ESTADO CIVIL Y SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 12. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-ESTADO CIVIL Y CONDICIÓN ACTUAL. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 13. Frecuencia de los casos VIH y Sida variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-REGIMEN DE AFILIACIÓN TRANSFORMADO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 14. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 15. Distribución de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-MUNICIPIO Y NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 16. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable relacionada con la Prestación de Servicios de Salud y Apoyo Diagnóstico-SERVICIO Y SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 17. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con la Prestación de Servicios de Salud y Apoyo Diagnóstico-ESTADO DE EMBARAZO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 18. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con la Prestación de Servicios de Salud y Apoyo Diagnóstico-Año de estudio- Fecha toma de muestra y entrega de resultados. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014

- Tabla 19. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con la Prestación de Servicios de Salud y Apoyo Diagnóstico-EAPB-Fecha toma de muestra y entrega de resultados. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 20. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con la Prestación de Servicios de Salud y Apoyo Diagnóstico-NOMBRE Y RESULTADO DE PRUEBA CONFIRMATORIA. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 21. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas-TIPO DE VIRUS. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.
- Tabla 22. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas-CASO DETERMINADO POR PROTOCOLO NACIONAL. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 23. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas-CASO DETERMINADO POR PROTOCOLO Y SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 24. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas-MECANISMO PROBABLE DE TRANSMISIÓN. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 25. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas- MECANISMO PROBABLE DE TRANSMISIÓN Y SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014
- Tabla 26. Distribución de casos por año VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-CASOS. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.
- Tabla 27. Estado de Salud al momento de la Distribución de la notificación de los casos VIH-Sida según variable relacionada con las Características clínicas-ESTADO DE SALUD.ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014



Tabla 28. Tendencia para el número de muertes y sus indicadores de los casos VIH-Sida en ESE Hospital San Rafael San Juan del Cesar 2005-2014

Tabla 29. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas- ESTADO CIVIL Y SEXO POR AÑO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014

Tabla 30. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas- ESTADO DE SALUD Y SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014

Tabla 31. Distribución de los casos de muertes VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas – MUNICIPIO DE RESIDENCIA Y SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014

Cuadro 1. Factores de riesgo asociado al VIH tanto para los que viven con VIH como los que están a riesgo de contraer el VIH.

## **LISTA DE ANEXOS**

- Anexo 1. Carta de Solicitud ESE Hospital San Rafael Nivel II
- Anexo 2. Ficha epidemiológica.
- Anexo 3. Operacionalización de las variables.
- Anexo 4. Distribución de casos VIH y Sida, por municipio de residencia, La Guajira 2005-2014.
- Anexo 5. Número de Casos notificados de VIH en Colombia según departamento (Lugar de residencia) para el año 2012.
- Anexo 6. Número de Casos notificados de Sida en Colombia según departamento (Lugar de residencia) para el año 2012.
- Anexo 7. Tasa de mortalidad por Sida en Colombia según departamento (Lugar de residencia) para el año 2011
- Anexo 8. Tasa de mortalidad por Sida en Colombia según departamento (Lugar de residencia) para el año 2011
- Anexo 9. Prevalencia de VIH/SIDA por municipio de residencia, La Guajira. 2010-2013
- Anexo 10. Razón de mortalidad materna según municipio residencia corte S.E. 1-39 La Guajira 2014.
- Anexo 11. Distribución de casos por año VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-CASOS. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.
- Anexo 12. Tendencia de casos de VIH-SIDA según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.
- Anexo 13. Histograma de frecuencia de casos de VIH-SIDA según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-EDAD. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.

- Anexo 14. Frecuencia de casos de VIH-SIDA según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-ESTADO CIVIL. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.
- Anexo 15. Frecuencia de casos de VIH-SIDA según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico ESTADO CIVIL y SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.

## **LISTA DE ESQUEMAS**

Esquema No. 1 Agente etiológico del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida-VIH

Esquema No. 2 Diagnóstico de asintomático o sintomático (SIDA) en mayores de 13 años

Esquema No. 3 Diagnóstico de asintomático o sintomático (SIDA) en menores de 13 años

Esquema No. 4 Criterios para establecer la categoría inmunológica.

Esquema No. 5 Factores de riesgo asociado al VIH tanto para los que viven con VIH como los que están a riesgo de contraer el VIH

Esquema No. 6 Modelo Dahlgren y Whitehead

Esquema No. 7 Ubicación geográfica de la ESE Hospital San Rafael del municipio de San Juan del Cesar en el departamento de La Guajira

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN**

#### **1.1.1 NATURALEZA DEL PROBLEMA**

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH/SIDA ha aumentado paulatinamente su prevalencia desde cuando se presentó el primer caso en 1981, hasta el punto de considerarse una pandemia mundial. A finales del 2007 se estimó que 33,2 millones de personas en el mundo presentaban la infección por el virus de inmunodeficiencia humana - VIH. Desde su inicio ha provocado la muerte de aproximadamente 13,9 millones de personas. Sólo en 2007 provocó 2,1 millones de muertes, 58.000 de las cuales ocurrieron en Latinoamérica. Esta patología ha venido en aumento en Colombia, ya que para el año 2004 se presentaron aproximadamente 190.000 casos. La infección por VIH constituye un problema de salud pública para la salud global. Connotación ésta que va relacionada con el incremento en las tendencias de infección y/o propagación, la afectación global a neonatos, niños, adolescentes, gestantes, hombre y mujeres sin distinción de etnia, edad y raza. A su vez, dicha problemática está afectada por barreras en los servicios, costo, oportunidad, segmentación de servicios, estigma social derivado de la forma de contagio.

(1, 2, 3,4)

El panorama en América Latina, presenta características que demuestran el impacto de este problema. El Ministerio de Salud de Chile, estima que para el año 2010 se notificaron 24.014 personas con diagnóstico de VIH, lo que corresponde a una tasa de 6,0 por 100.000 habitantes, la vía de exposición preferencial fue la

sexual (96,6%) siendo en los hombres que tienen sexo con otros hombres la vía más declarada, mientras que para SIDA la tasa fue de 4,1 por 100.00 habitantes, cifras alarmantes que preocupaban a las autoridades sanitarias. (5)

Las tendencias de mortalidad por infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - V.I.H/SIDA en Costa Rica, mostró dos comportamientos similares a los que se describieron en el caso de la morbilidad en los años 1985 a 1987 la cual se caracterizó por el aumento constante año a año del número de defunciones. En esta investigación se encontró que el número de defunciones en hombres es superior que en las mujeres ya que el grupo de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - V.I.H siempre ha estado integrado sobre todo por los hombres en los primeros años de la enfermedad en ese país. La misma investigación también revela que la probabilidad de desarrollar la enfermedad cambia según grupos de edades. El grupo de menor riesgo corresponde a los niños de 0 a 9 años, en este caso la incidencia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA depende de la transmisión madre-hijo. De igual forma, el estudio revela que las personas que se encuentran en mayor riesgo de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA corresponden al grupo de mayor actividad sexual cuyas edades están entre 25 y 49 años, de sexo masculino, pertenecientes a los siguientes grupos poblacionales: homosexuales, bisexuales, usuarios de droga por vía intravenosa o hemofílicos. (6)

En lo relacionado con la caracterización de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA, en los hallazgos de un estudio en Manizales, se identificó que la incidencia, notificada hace relación a los casos nuevos que fueron captados y notificados en el sistema de vigilancia-Sivigila de Manizales durante los años

1996-2009. Se revisaron 805 de casos a partir de fuentes secundarias; este análisis destaca que de los casos captados por la Institución Prestadora de Salud - IPS, del total (805) el 81.1% fueron hombres y el 18,8% son mujeres. El año 2008 hubo una mayor frecuencia de casos (102 casos nuevos), pero se observó una leve tendencia a bajar de la razón de masculinidad; lo que significa que se incrementó el número de casos en mujeres. El mismo estudio reveló que los posibles mecanismos de transmisión de la enfermedad son: 81.3% por transmisión sexual y el 16.9% por causas desconocidas. De éstas el 51,4 correspondió a la transmisión heterosexual (5). Según el Instituto Nacional de Salud para el año 2011 la frecuencia de transmisión por mecanismo sexual en Colombia fue superior (98,3%) al encontrado en la ciudad de Manizales (6). Para el año 2009 dentro de las causas de mortalidad, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA ocupó la posición número 19 en Manizales con una tasa de 9.04 muertes por 100 mil habitantes, mientras que para Colombia fue de 5.21 por 100. 000 habitantes siendo mayor en hombres (8,1 por 100. 000 habitantes) que en las mujeres (2,4 por 100. 000 habitantes) (7,8)

Para el año 2011 en Colombia se habían reportados 75.620 de los cuales el 74% son hombres y el mayor número de casos se concentra en los grupos de edad de 20 a 39 años (52,7%), descendiendo la razón de masculinidad de 10:1 en la década de los noventa a 2,6:1 para el año 2011 (8). A la semana epidemiológica 52 de 2012 se notificaron 8197 casos, para el 2013 se notificaron 8306 casos y para el 2014 a semana 53 se han reportado 9700 casos, lo que muestra un aumento entre el 2013 y 2014 del 16,78% (1394 casos), tendencia que puede cambiar aún más con el ingreso de casos de manera tardía. A la semana epidemiológica 53, de los 9700 casos notificados 9043 están en estadio asintomático Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA y 657 aparecen con condición

final muerto (9). En el departamento de la Guajira durante el año 2014 se presentaron 97 casos de muertes por infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH del total de 4764 casos notificados al sistema de vigilancia rutinaria, siendo ésta causa la cuarta (10).

Por otra parte, en relación con la construcción social de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - El estigma y la discriminación por infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA, son otros de los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones, la dotación de asistencia, apoyo, tratamiento adecuados y la mitigación del impacto han ocasionado grandes costos en los sistemas de salud. El estigma asociado a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA y la discriminación que se puede derivar de él, hace que con frecuencia se vean violados los derechos de las personas afectadas y sus familias originando actitudes negativas o pasivas ( asociar el SIDA con las relaciones sexuales, la enfermedad y la muerte con comportamientos que pueden ser ilegales, o prohibidos, tales como las relaciones sexuales pre y extra matrimoniales, la conducta del sexo, las relaciones sexuales entre varones y el consumo de drogas intravenosas), siendo esto uno de los obstáculos más difíciles para la prevención eficaz del VIH (11). En la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA y la discriminación que se puede derivar de él, hace que con frecuencia se vea la clave es la prevención, educar en la solidaridad de la humanidad, practicar el principio de corresponsabilidad hacia todos los seres de la Tierra; reconociendo su dignidad y necesidad de respeto. (12)



Con relación a la adhesión al tratamiento en los pacientes con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA, en una investigación realizada en Perú se manifiesta que existen factores que disminuyen la efectividad del tratamiento: un alto porcentaje (40%) de los pacientes, es decir dos de cada cinco no cumple adecuadamente las recomendaciones terapéuticas de sus médicos. La adhesión al tratamiento es muy baja o ausente en el 69% de los pacientes: de 750 millones de prescripciones hechas anualmente, aproximadamente 520 millones son asumidas con una baja o total falta de adhesión. Este porcentaje puede ser mayor ya que los pacientes que se adhieren parcialmente, no se consideran no adherentes. La misma investigación denota que la adhesión es afectada por varios factores, tal es el caso del estado de la enfermedad, regímenes terapéuticos (cambio de hábitos o estilos de vida), la tasa de adhesión es todavía más baja y decrece aún más si los medicamentos causan molestias y efectos secundarios negativos que afectan adversamente la calidad de vida (13)

**1.1.2. Planteamiento o formulación del problema.** La Organización Mundial de la Salud - OMS reveló en el año 2013 que la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA sigue siendo un problema de interés en salud pública, sobre todo para los países en desarrollo. En el año 2012 en estos mismos países, se le suministró terapia antirretrovírica aproximadamente a 10 millones de personas. Sin embargo esto no es suficiente ya que aún hay más de 19 millones que necesitan tratamiento y no tienen acceso a él. (14).

En relación con la tendencia de la enfermedad en un informe emitido por el modelo de gestión programática en infección por el virus de inmunodeficiencia humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA en Colombia, reveló que desde 1995 hasta diciembre de 2002, la mortalidad por infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA ascendió a 13.195 fallecimientos en todo el país. La distribución por sexo correspondió a 2.080 (16%) mujeres, y 11.115 hombres (84%), en este período de tiempo, la relación hombre-mujer de mortalidad por infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH fue de 5:1. (15)

Manifiestan además que dentro de todas las enfermedades infecciosas, las muertes ocurridas por infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA pasaron del 20 al 28%, lo que significó un incremento del 40% y que de continuar esa tendencia para el año 2010 en Colombia se podían haber reportado entre 3.600 y 4.800 muertes por infección por virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. Esto representaría entre 40 y 50% de la mortalidad por enfermedades infecciosas. Revelan además que, aunque no se cuenta con cifras exactas, se calcula que aproximadamente 45.790 personas se encuentran diagnosticadas y viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA. (15)

En cuanto al comportamiento de la tendencia de la mortalidad en Colombia por enfermedades transmisibles, ha sido descendente a través del tiempo. El segundo lugar en éste grupo es ocupado por el VIH/Sida, con el 17,75%(18.903) de las muertes y aunque las tasas se mantuvieron en un grupo de 5,10 y 6,03 se observa una reducción del 11% durante el periodo. De estas el 14,74 % se presentaron en los hombres. Las tasas ajustadas disminuyeron en un 15% entre 2005 y 2012

alcanzando un valor de 8,08 para el último año; en términos absolutos la disminución corresponde a 1,45 muertes menos por cada 100.000 hombres en 2012 en comparación con 2005. (16)

La tasa de mortalidad por Sida en el país en el año 2012 calculada según la fuente DANE es de 4,76 por 100.000 habitantes, para el mismo año la mortalidad en hombres es de 7,3 y en mujeres 2,2 por 100.000 habitantes (17). En el 2013 la tasa fue de 4,89 por 100.000 habitantes, presentándose una tasa en hombres de 7,63 y 2,21 en mujeres. En el grupo de edad de 15 a 49 años la tasa para Colombia fue de 6,09 por 100.000 habitantes, presentándose una tasa en hombres de 9,76 y 2,59 en mujeres; en La Guajira fue de 8.03 hombres con 12,55 y 3,65 en mujeres (18)

Entre los años 2010 a 2013 el comportamiento de los casos fue similar. Para los años 2013 y 2014 hubo un aumento pasando de 8.796 a 10.094 casos hasta el periodo 13 de 2014, de los cuales respecto a la distribución de casos de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - sida y mortalidad por sida el 76,21 % (7.693) corresponde a infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH ; el 16,52 %(1.668) a Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - sida, el 7,19 % (726) a muertos por sida y un 0,07 % (7 casos) están sin dato de clasificación del estadio clínico. De los casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA y muerte por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - sida en mujeres el 79,85 % de los casos fueron notificados como VIH, el 13,72 % como sida y el 6,35 % como muerte por sida. En los casos de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - sida y muerte por sida en hombres, el 74,96 % corresponde a infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, el 17,49 %

a Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - sida y el 7,48 % a muertes; sin dato de clasificación un 0,08% correspondió a las mujeres y un 0,07 % a hombres. Se observa que la notificación de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH es mayor en mujeres, pero la notificación de SIDA es mayor en los hombres. (19)

En el año 2011 la mortalidad por infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA en el departamento de La Guajira, tuvo una incidencia de 2,8 muertes por 100.000 habitantes, reportando las mayores tasas Urumita (12,8) y Maicao (6,3); por otra parte, en nueve de los quince municipios del departamento no se notificaron muertes por ésta causa. En el año 2014 se presentaron 5,6% muertes (4 casos). (20,21)

La tendencia de comportamiento de las tasas globales de muertes en La Guajira, viene en descenso, pero con tasas muy superiores en los hombres (3,81) más que en las Mujeres (1,54). En 2013 se presentó un aumento de los casos. En el caso de las mujeres, la tendencia se observa estable pero en los hombres los casos son superiores. No obstante aunque el número de muertes ocurridas es menor en mujeres, éste ha ido aumentando en los últimos años. Lo anterior, probablemente a la falta de empoderamiento de la mujer, situación preocupante porque pese a que las mujeres reconocen el uso del preservativo como un factor protector, se evidencia que las mismas continúan teniendo relaciones de alto riesgo como lo demuestra la Encuesta Nacional de Salud - ENDS del 2010. Según los datos observados en la encuesta el 15,6 % de las mujeres tuvo relaciones de alto riesgo durante los últimos 12 meses. A pesar de las diversas campañas que empresas como El Cerrejón, Acnur han realizado en el departamento existen factores tales como la dispersión de la población indígena, el difícil acceso a los servicios de salud para algunas comunidades por las condiciones geográficas,

barreas administrativas en las aseguradoras y barreras culturales, que no permiten ampliar la cobertura de la población para el diagnóstico y tratamiento oportuno, así como para el seguimiento y control de los pacientes que viven con el virus. (3,18)

La morbilidad y mortalidad de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA es un evento de interés en salud pública que implica pérdidas económicas, afecta la calidad de vida de las comunidades y que por las debilidades que se presentan en la asistencia sanitaria del evento, es de vital importancia caracterizar el evento en los pacientes que asisten a la Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar, por tal surge el siguiente interrogante: (15,22)

¿Cuál es el comportamiento epidemiológico de la morbilidad y mortalidad de infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH-Sida) en relación con variables sociales de salud en usuarios de la ESE San Rafael en San Juan del Cesar 2005-2014?

### **1.1.3. Justificación.**

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Adolescencia - UNICEF, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - V.I.H/SIDA ha afectado a personas de todos los países del mundo, convirtiéndose en un flagelo que cada día azota a la humanidad. En la actualidad se encuentran afectadas aproximadamente 40 millones de personas entre adultos y niños. El impacto se observa notablemente

en la infancia, ya que 10,5 millones de niños menores de quince años son huérfanos por causa de esta enfermedad. (14,23).

Esta enfermedad se observa con mayor frecuencia en los jóvenes de 15 a 25 años. Cerca de la mitad (2.5 millones) de las nuevas infecciones se produjeron en este grupo de la población para el año 2001. De 11,8 millones de jóvenes que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA 7,3 millones son mujeres y 4,5 millones son hombres, por lo que las mujeres son mayormente vulnerables. (14,23)

Dentro de las estadísticas reportadas a nivel mundial, en el año 2007, el número total de personas que tenían la enfermedad eran de 33,2 millones de los cuales 30,8 millones eran adultos; 2,1 millones eran niños menores de 15 años. Los nuevos afectados son 2,5 millones y de estos 2,1 millones son adultos y 420.000 son niños menores de 15 años. Con respecto a las muertes, un total de 2,1 millones murieron por causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA, de ellos 1,7 eran adultos y 290.000 eran niños menores de quince años (24). Para el 2014 el número total de personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH se incrementó a 36,9 millones, mientras que el número de nuevos casos disminuyó a 2 millones en comparación a los 3,1 millones ocurridas en el 2010. De estos 220.000 fueron niños menores de 15 años los infectados. En relación a las muertes ocurridas por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-Sida para el 2014 disminuyó notablemente a 1,2 millones de personas (25)

Durante la revisión literaria se encontró que una de las regiones más afectadas por la pandemia del SIDA es África, más específicamente África sub-Sahariana. En Etiopía y Kenia más del 10% de infectados es población adulta. Sudáfrica es el país del mundo con mayor número de personas infectadas (4,2millones), de los

cuales el 19,9% son adultos. Muchos países de esta continente luchan constantemente por reducir la prevalencia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA tales como Uganda y Zambia. Se conoce que Uganda redujo la prevalencia de 14% al 8.3%. (5).

En cuanto al mecanismo de transmisión se encontró que en Latinoamérica y el Caribe, la vía de transmisión de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA que predomina es la heterosexual cuya prevalencia es superada solo por los países de África. Un gran porcentaje de la población adulta es afectada en países como Haití (más de 5%), República Dominicana cerca del 3%. Seguidos de Honduras, Guatemala y Belice en donde se han alcanzado tasas de prevalencia del 1% al 3% en adultos de población general. En México la mayor transmisión es en hombres homosexuales. Los menos afectados son los países andinos. Sin embargo la transmisión es heterosexual y homosexual, lo que hace más complejo el control de la pandemia. En Brasil predomina la transmisión heterosexual, y también la parenteral entre usuarios de drogas inyectadas y entre hombres homosexuales. Hay cerca de más de medio millón de infectados. En Argentina la transmisión se presenta mayormente por las vías parenterales entre las personas que utilizan drogas inyectadas y en hombres con prácticas homosexuales. (5)

En el 2013, un informe chileno, Desde 1984 hasta el 2010, tanto la tasa de casos notificados de SIDA como de VIH, han ido en aumento, mostrando un descenso en el 2006 para luego mostrar un aumento sostenido hasta el 2009 y luego volver a bajar el 2010. Sin embargo, en el 2011 se presenta la mayor tasa de notificación que para SIDA fue de 6,0 por cien mil habs y para VIH de 9,6 por cien mil habs. En el 2012 la tasa se mantuvo relativamente estable, El principal grupo poblacional

afectado estuvo conformado por adultos entre 20 y 49 años, específicamente el de 20 a 39 años. (26)

En un estudio observacional de cohortes retrospectivo realizado en España, se tomaron un total de 2.011 pacientes que acudieron a la Unidad , con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH del Hospital 12 de Octubre de Madrid entre el 1 de enero de 1989 y el 31 de diciembre de 1994, de los cuales 896 (44,5%) fueron excluidos del estudio porque tenían un seguimiento menor de seis meses, faltaban a más del 50% de las visitas, tenían los CD4 mayor a 500, no tenían la historia clínica disponible, eran Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH 1 negativo y los 1115 pacientes restantes, constituyeron la cohorte objeto de estudio para el trabajo donde se compararon las características clínico-epidemiológicas como la edad, el sexo, la categoría de la transmisión (UDVP, heterosexual, homosexual/bisexual, otra) estadio clínico A, B o C , enfermedad diagnóstica del SIDA (tuberculosis, candidiasis esofágica, enfermedad de Niemann Pick - NPC, toxoplasmosis cerebral, Sarcoma de Kaposi) Linfocitos CD4, pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH estadio A, pacientes SIDA, características demográficas. En este estudio se pudo concluir que se ha producido un incremento en la edad media al diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA con el tiempo: de 31,7 años para los casos diagnosticados en el periodo 89-92 se ha pasado a 34,4 años en el periodo 95-97. La vía parenteral a través del uso de drogas inyectadas sigue siendo la categoría de transmisión más frecuente, tanto en hombres como en mujeres (74% y 61% respectivamente). La transmisión heterosexual ocupa el segundo lugar (13%) y es más frecuente en hombres que en mujeres con una razón de 2,9 por cada mujer (27)



Con respecto a la morbilidad, las enfermedades oportunistas más frecuentes en la infección Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA (1er evento o posteriores) son: candidiasis esofágica, enfermedad por citomegalovirus - CMV, enfermedad de Niemann Pick - NPC y tuberculosis pulmonar y extra pulmonar. En lo referente a las variables demográficas, el estudio arrojó que homo/bisexuales tienen mayor probabilidad que los usuarios de drogas por vía parenteral - UDDVP en desarrollar cualquier evento oportunista ( $RR=1,24$ ). En conjunto, los pacientes que sufrieron algún evento oportunista (incluidas recidivas) en el periodo 89-92 lo hicieron con un valor mediano de linfocitos mayor (recuento de células  $CD4=60$ ) que en el periodo posterior 95-97 ( $CD4=17$ ), e igualmente para la primera manifestación de SIDA (recuento de células  $CD4=100$  antes del 92 y recuento de células  $CD4=33,5$  en el periodo 95-97). (27)

Con relación a la Progresión del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA en estadio A/B el riesgo de progresar al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA ha disminuido significativamente con el tiempo, siendo la probabilidad un 28% menor. (27)

En cuanto a la tendencia en Colombia, se observa una tendencia de transición demográfica progresiva en la población de hombres homosexuales por encima de los heterosexuales, en regiones como en la Costa caribe en donde la razón de masculinidad se ha reducido de 10:1 en los años noventa a 2,6 hombres por cada mujer en el año 2011. (3)

En el año 1996-2009, se realizó un estudio descriptivo de incidencia - prevalencia y mortalidad del evento infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA en la ciudad de Manizales,

(Colombia) en 805 casos notificados entre el período 1996 a 2009. Se usaron los registros oficiales como fuente secundaria. En éste estudio la razón de masculinidad fue de 4,3:1 durante el periodo. La vía de transmisión predominante es la sexual (heterosexual). El grupo de edad más afectado es de 20 a 29 años (33.2%). La tasa de mortalidad para el evento en todo el municipio en el año 2009 fue de 9.04 por cien mil habitantes y la prevalencia estimada de 0,21% para junio de 2009. (7)

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH constituye actualmente un problema de salud pública a nivel mundial debido a la propagación constante y continua de la enfermedad. A pesar de que la epidemia ya ha sido vista desde su dimensión social, económica y política, en su relación con otras infecciones de transmisión sexual; aún se observan debilidades en el conocimiento del papel del individuo como ser vulnerable de adquirir la infección, ya que existen una serie de factores (sociales, ambientales y culturales), que interfieren en la vulnerabilidad. (28)

Por lo que países y organizaciones mundiales han recomendado una serie de estrategias para ayudar en la lucha contra esta enfermedad. Una estrategia recomendada por La Organización Mundial de la Salud - OMS para reducir la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA, es la utilización de métodos para prevenir el contagio a través de las diferentes vías de transmisión, dentro de los cuales se incluye el uso de preservativos de manera correcta y sistemática, para ambos sexos durante las relaciones sexuales. Esto con el fin de proteger contra la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. Además se sugiere el uso de las pruebas de detección y asesoramiento en relación con el Virus de

Inmunodeficiencia Humana - VIH y las infecciones de transmisión sexual - ITS, en todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo, de modo que puedan conocer su estado serológico y, llegado el caso, acceso oportuno a los servicios de prevención y tratamiento. Además se recomienda ofrecer pruebas de detección para el/la compañero/a sexual o para parejas. (22)

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud - OMS también recomienda la circuncisión masculina, ya que reduce en aproximadamente un 60% el riesgo de que un hombre resulte infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH al mantener relaciones sexuales heterosexuales. Una estrategia eficaz es el uso del tratamiento antirretrovírico como método de prevención, cuando una persona con Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH-positiva sigue un régimen terapéutico eficaz con antirretrovíricos, el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada se puede reducir en un 96%. En el caso de las parejas en que una de las personas es Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH-positiva y otra Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH-negativa, la Organización Mundial de la Salud - OMS recomienda administrar tratamiento antirretrovírico a la persona infectada, con independencia de su recuento de células CD4. (22)

Otra de las recomendaciones para reducir el riesgo de infección con Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA, es la profilaxis pre exposición para la pareja Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH-negativa el cual consiste en el consumo de antirretrovíricos por el sujeto Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH-negativo. Profilaxis post exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH la cual incluye servicios de asesoramiento, primeros auxilios, pruebas de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH y, dependiendo del nivel de riesgo, la administración de terapia antirretrovírica durante 28 días junto con atención

complementaria. Además, tomar antirretrovíricos, dentro de las 72 horas siguientes a la exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH para prevenir la infección. (22)

Se aconseja a los consumidores de drogas inyectables, utilizar material estéril, en particular agujas y jeringuillas para cada inyección con el fin de protegerse de la infección.

Otra vía de transmisión se presenta durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento, en donde la madre puede transmitir la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH al niño. Se denomina transmisión vertical o materno infantil. Esta vía es prevenible si se diagnostica oportunamente y se administran antirretrovíricos tanto a la madre como al niño, y ello en todas las etapas en que pudiera producirse la infección. (22)

El desarrollo efectivo de estas recomendaciones, seguramente influirán positivamente en la disminución de la frecuencia por Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA.

En lo relacionado al aspecto legal al ser Colombia un Estado Social de Derechos, fundamentado en la Dignidad y la Solidaridad Humana y a través de la Constitución Nacional concebida como la norma de normas, establece los criterios legales para garantizar los derechos fundamentales.

La ley 100 Regulada, dirigida y controlada por el Estado. Expresa que todos los habitantes deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social - SGSSS. Los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la

Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. (29)

En el artículo 20 del Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2.006) se establecen los derechos de protección de los niños, las niñas y los adolescentes la cual dice lo siguiente: serán protegidos contra: El contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de nacer, o la exposición durante la gestación a, alcohol o cualquier tipo de sustancia psicoactiva que pueda afectar su desarrollo físico, mental o su expectativa de vida. (21)

La transmisión de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH-SIDA y las infecciones de transmisión sexual deben ser controladas en las mujeres embarazadas, por lo cual se debe diseñar, desarrollar y promocionar programas que garanticen a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria de la detección de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral, el cuidado y la atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la transmisión vertical madre hijo. Por lo anterior se debe disponer lo necesario para garantizar tanto la prueba para detección de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA como el seguimiento y tratamiento requeridos para el recién nacido. (21)

La Ley 972 de 2005, adopta normas para mejorar la atención en salud por parte del Estado colombiano de la población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente la infección por el Virus de Inmunodeficiencia

Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA”. En el Artículo 3 de la misma Ley las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud no podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el CNSSS a un paciente infectado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA o que padezca de alguna enfermedad ruinosa o catastrófica. (30).

A lo largo de las tres décadas que lleva la pandemia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH muchos han sido los estudios que se han realizado a nivel mundial para establecer la tendencia. En miras de mostrar la realidad en varios países se han realizado estudios de investigación que presentamos a continuación. (Tabla 1)

**Tabla No. 1 Aspectos y variables relevantes en los estudios de tendencia de VIH-Sida**

PAÍS Y AÑO DE PUBLICACIÓN	TENDENCIA EN ESTUDIO	COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD	COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD	HSH (PROPORCIÓN DE AFECTADOS) Y GRUPO DE EDAD AFECTADO	PROPORCIÓN DE AFECTADOS) Y GRUPO DE EDAD AFECTADO
Cuba (2012)	1997- 2002 y 2003-2008	Duplicación del fenómeno (291,3 por millón de hab)	Ligera reducción de la mortalidad en los periodos: 1995-2000 (16,9%) con respecto 2001-2006 (6,8%)	91% predominio masculino en edades adultas (20-34 y 40-49)	
Estados Unidos (2008)	1982-2001	Duplicación de casos reportados (0.8% en 1883 a 5.6 en 2001)			
		Disminución de falla virológica y asociación a la resistencia a las drogas.		HSH:35-30%	
Estados Unidos (2014)	1996-2010	Incremento de casos en mayores de 50 años (13% 1996-2000 a 27.3% (2006-2010) Distribución de persona-tiempo: diagnóstico (33.5 a 42.3%) y supervivencia (17.5 a 38.4%) mayor de 5 años después del diagnóstico.			74.6% predominio masculino en edades adultas 15-39 (33.1%) 40-59 (60.1%)
España (2006)	1990-2004	Disminución de los casos diagnosticados, a más de 70% desde cuando inició en la década de 1990 a 100.000 y 150.000 (2,4 a 3.6 por 1.000 habitantes) en 2004.	1.600 muertes por SIDA anuales (3.8 por 100.000 habitantes. Durante todo el periodo: 50.000-55.000		Hombres 75-80% Mujeres 20-25% y niños <13 <1% Índice de masculinidad: 3 de cada 4 casos. Edad media: Hombres:37.8 Mujeres:34.6
España (2012)	2004-2009	La tasa media de incidencia de nuevos diagnósticos entre 2004 y 2009 fue de 91,14 por millón de habitantes; se observó una tendencia creciente de las tasas entre los hombres que tienen sexo con hombres, y decreciente de la transmisión parenteral.		HSH: 23%	Casi el 80% eran hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 36 años ~ (rango intercuartílico: 29-43), y significativamente menor en las mujeres que en los hombres (34 frente a 36 años)

<b>España (2014)</b>	2002-2013	Tendencia al descenso de la vía de transmisión en los usuarios de drogas intravenosas (49,3%), de 61,9% en 2000 a 37,8 % en 2013. y ascenso de la heterosexual: 26,3%, pasando de 20% en 2000 a 28.9 en 2013.		HSH: ascenso pasando de 14% en 2000 a 25,2% en 2013.	Razón masculinidad en el 2013:2,96, rangos 2,3 y 2,9.  Edad media:46,2 años(DE 10,9) Hombres:47,3 DE 10,9 Mujeres:43,2 DE 10,6 p<0,05 < 25 años:2,6% >50 35,6% con ascenso pasando de 7,7 en 2000 a 35,6 en 2013.
<b>España (2014)</b>	2002-2013	Tendencia descenso progresivo de la proporción de mujeres pasando de 4 21,0% en 2008 a 14,1% en 2013. Mecanismo de transmisión: Usuarios de drogas: Descenso progresivo de la tasa. Heterosexual: Tendencia descendente en mujeres y estable en hombres. Homosexual: Aumentan las tasas en grupos de 25 a 34 años y aumento no marcado en otros grupos exceptuando a los > 49 años y < 20 años.		HSH: Aumento de la tasa	Sexo: Hombres 85% Tasa 2,1/1000.000 hab. Mujeres: 15% Tasa: 2,1/1000.000 hab.  Edad: Mediana 35 años RIC: 29-43 años Grupos con mayor proporción: 30-34, 25-29 años. Tasa: 7,0 / 1000.000 hab
<b>Italia(2009)</b>	1982-2007	Incremento de casos de 1982 a 1995 (59.573) y disminución de 1995 – 1998.  Tendencia al incremento de casos en las mujeres embarazadas en el periodo 2001-2004 (20.6%) comparado con 1997-2000 (8.6%). En el primer periodo todas eran italianas comparado con el segundo periodo donde el 57.1% eran extranjeras.			Incremento de la edad media: 29 y 26 años para hombres y mujeres en 1986 a 44 y 40 en 2007 Porcentaje de pacientes con edades 40–49, 50–59 y 60 de edad incrementados en 13.9, 10.1 y 1.4% en 1990 Y 40.9, 12.6 y 6.8%, respectivamente en 2005.
<b>Alemania: (1999)</b>	1991-1994 1995-1997	Incremento del número de casos 9111-46573 casos  Incremento del número de casos en Usuarios de drogas intravenosas ( más del 50% de los casos) Incremento del número de casos en embarazadas 0.02 por 100.000 en 1993. 0.15 en 1.995 y 0.52 en 1996			



<b>México (2007)</b>	1987-2000	Incremento 10 veces en el año 2000	Disminución de muertes por SIDA (entre los hombres de 25 a 34 años pasó de 20.5 por 100.000 en 1996 a 16.7 por 100.000 en 1999.		Prevalencia con predominio masculino (0.48%) en edades jóvenes 20-29 (0.32%). En mujeres el grupo más afectado es de 30-39 años (0.14%)
<b>Jamaica (2004)</b>	1982-2001	Incremento de casos 0.05 en 1982, 0.1% en 1985, 20.2% en 1995 a 36.6% en 2001			60% predominio masculino en edades adultas (30-34 y 35-39) 56%.  En adolescentes es; 2 o 3 veces más en mujeres que en hombres entre 10 y 19 años. Mayores de 50 años: 2.5 veces mayor en hombres que en mujeres.
<b>México (2011)</b>		Transición progresiva de predominio del virus en hombres homosexuales en población heterosexual masculina			80.5% hombres y 19.5% mujeres
<b>México (2012)</b>	2001 y 2008	Sin cambios entre 2001 y 2008		Grupo de transmisión HSH (65%)	89% con predominio masculino, edad promedio de 35 con rangos de 28-74 años
<b>México (2013)</b>	1984-2010	En América Latina la epidemia es estable y concentrada con una prevalencia de 0.5%.  En el Caribe es variada con una estimación de 1.0%			Mediana HSH: 10.6%, Mujeres trabajadoras sexuales 2.6% Prevalencia: HSH: 7.9-25.6%, MTS: 3.2-4.3% , Usuarios de drogas intravenosas: 0-78.0%
<b>Colombia (2011)</b>	1996-2009	Tendencia creciente en ambos sexos proporción de 78.8%  Razón de masculinidad: Leve tendencia a bajar, con valores fluctuantes y extremos: 37:1 en 1997 y 2:2 en el año 2006.  Tendencia VIH: creciente en los últimos 4 años del periodo y decreciente para VIH-Sintomáticos	6.3% de los casos fueron diagnosticados al momento de la muerte. Razón vivo muerto 14:1. Causa de mortalidad: ocupa el puesto 19 (tasa de 9.06 por cada 100 mil hab. Tendencia de incremento paulatino, 4.4 en el 2000, 6.2 en 2002, 7.1 en 2004, 8.6 en 2006. En hombres		81.1% hombres y 18.9% mujeres. El grupo más afectado es del rango 20-29 con 33.2% Prevalencia: 15-49 años 0.21%, Hombres: 72.4%. Promedio edad: 36.9 DE 10.8 Mujeres: 36.07 de 11.7 Hombres: 37.2 DE: 10.4

			es de 16.3 por cada 100 mil y para mujeres de 2.5 por 100 mil. Tasa de letalidad: 44%		
<b>Colombia (2012)</b>	1998-2011	Se registraron 1471 casos (promedio 105,1±27,6/año, intervalo 51-159); tendencia al incremento ( $r^2 = 0,3028$ ; $p=0,0415$ ), especialmente entre 2006-2011 ( $r^2 = 0,845$ ; $p=0,0095$ ). La incidencia osciló entre 11,8 (2001) a 34,6 (2011) casos/100.000 hab (IC95% 29,0-40,0), sin tendencia al incremento entre 1998-2005 ( $r^2 = 0,0351$ ; $p=0,6567$ ), y aumentando significativamente de 2006-2011 ( $r^2 = 0,8318$ ; $p=0,0113$ ).	Se registraron 631 muertes (promedio 45,1±8,9/año, intervalo 32-64), sin variación significativa entre 1998-2005 ( $r^2 = 0,042$ ; $p=0,6262$ ); de 2006-2011 se redujeron significativamente ( $r^2 = 0,7016$ ; $p=0,0374$ ). La mortalidad osciló entre 7,0 (2010) a 14,3 (2006) muertes/100.000 hab (IC95% 11,0-18,0), disminuyendo significativamente de 2006-2011 ( $r^2 = 0,7251$ ; $p=0,0314$ ). La letalidad en el período osciló entre 21,9% (2010) a 88,2% (2001) (IC95% 78,41-98,06)		
<b>Colombia (2013)</b>	2006-2012	Prevalencia masculina 5 veces mayor que en mujeres; niños, adolescentes y adultos mayores-En adultos jóvenes y adultos medios fue 10,3 y 17,0 veces, respectivamente, la hallada en los niños. En el grupo de 15-19 años es mayor en las mujeres.			El 70,5 % mujeres Edad promedio de 27 años, con rango entre 0 y 94 años, 50 % valores centrales 20 y 33 años. Prevalencia de la infección hallada en el periodo de estudio fue 1,8 %. La frecuencia de VIH presentó asociación estadísticamente significativa con el sexo y la edad, ésta fue mayor en los hombres (4,3%) y en los adultos medios (3,5%)

**Tabla 1. (Continuación) Aspectos y variables relevantes en los estudios de tendencia de VIH-Sida**

PAÍS Y AÑO DE PUBLICACIÓN	VARIABLES SOCIALES DE LA SALUD						TIPO DE VIRUS
	TIEMPO DE DIAGNOSTICO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	VIA DE TRANSMISIÓN	ESTADO	
Cuba (2012)							
Estados Unidos (2014)							
Estados Unidos (2008)					Heterosexual: 45-55% HSH: 35-30% Usuarios de drogas parenterales: 20-25%.		
España (2006)							
España (2012)					Heterosexual: 49% Homosexual:23% Usuarios de drogas: 23% Vía de transmisión más común (42,5%) fue la de HSH, seguida de la heterosexual (34,5%) y la parenteral (8,1%)		
España (2014)				Sin empleo:47,8%	Mujeres: Heterosexual:55% Usuarios de drogas:32% Hombres: Usuarios de drogas 40,4% Homo/bisexual:33,3%		
España (2014)	Diagnóstico tardío: Hombres heterosexuales: 58,5% Usuarios de drogas:55%				Transmisión sexual: 80% HSH: 51,2% Heterosexual: 28,5% Usuarios de drogas: 4,45. En : Hombres : HSH:60,2% Heterosexual:19,4% Mujeres: Heterosexual 80,3%		
Italia(2009)	Incremento del diagnóstico de Sida en personas diagnosticadas 6 meses antes con VIH: 20.6% en 1996 a 55.5% en 2007						

<b>Alemania: (1999)</b>							
<b>México (2007)</b>		Hombres solteros 16.4%, divorciados 37.3, separados 23.6 y sin pareja 16.5.	Mayor riesgo en los que tuvieron mayor grado de instrucción(Licenciatura o postgrado 12.8	Prevalencia más alta en Trabajador sin pago (3.07)			
<b>Jamaica (2004)</b>					Sexual: Heterosexual 62%,materna 8%y homosexual-bisexual 6% HSH 25%, Trabajadores que comercializan sexo 10-20%		
<b>México (2011)</b>					Vía sexual( heterosexual 16.8% para 1998 y en 2008 fue de 50,45%		
<b>México (2012)</b>	Diagnóstico tardío 61%	15% casados.	11.75 años de educación	Desempleado 41%			
<b>México (2013)</b>					Sexual: Hombres que tienen sexo con hombres HSH) prevalencia entre 7.9 – 25.6 % y Trabajadoras sexuales (FSW) entre 3.2 y 4.3%.		
<b>Colombia (2011)</b>					83.1% Transmisión sexual y 16.9 % desconocida. Tenencia creciente para transmisión heterosexual 51.4%, (2008-2009: 70%) y disminución para la homosexual y bisexual (21.9%) y perinatal 0.6%	49.8% personas VIH * asintomáticos. % VIH asintomáticos, Muerte: 6.3% y 38.6% fueron VIH_SIDA sintomáticos.	
<b>Colombia (2012)</b>							
<b>Colombia (2013)</b>							Prueba de tamización: VIH-1 y VIH-2 del 2,7 %,

Fuente: (7,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46)

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar el comportamiento epidemiológico de la morbilidad y mortalidad de los usuarios con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA que asisten a la ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar y su relación con las variables sociales de la salud de tipo sociodemográfico. 2005-2014.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el comportamiento de variables sociales relacionadas con la salud de tipo sociodemográficos (sexo, edad, municipio, ocupación, estado civil, régimen de afiliación y entidad promotora de salud) de los usuarios con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - que asisten a la Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar.
- Caracterizar las variables relacionadas con la prestación de servicios de salud y apoyo diagnóstico (fecha de muestra, fecha de entrega de resultados, servicio, estado de embarazo, prueba de tamizaje, nombre de prueba confirmatoria, resultado de prueba confirmatoria).
- Determinar el comportamiento epidemiológico de las variables relacionadas con las características clínicas (tipo de caso, mecanismo probable de transmisión y condición actual) de los usuarios con infección por el Virus de

Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA que asisten a la Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar.

- Estimar la tendencia de los años objeto de estudio de casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA asistidos en la Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar Nivel II.

### **1.3 PROPÓSITO**

Este estudio se constituye en una línea de base sobre el tema, que contribuya al fortalecimiento del programa y permita desarrollar estrategias de sensibilización, y de prevención de la infección VIH/SIDA, en el marco de los programas nacionales, a fin de que se realice intervención oportuna del evento en la ESE Hospital San Rafael.

#### **1.4 MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE**

La infección producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA se ha convertido en una epidemia mundial y constituye en la actualidad uno de los problemas de salud más apremiantes en todos los continentes. La propagación de la enfermedad no es un fenómeno al azar, está profundamente influida por el entorno social, económico y político de las naciones. Muchos son los estudios que se han realizado para caracterizar y conocer la epidemiología de dicha enfermedad. (12)

En el año 2004 Lourdes Chamorro publica un estudio realizado en España, titulado Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA - en España. En este estudio se hace una caracterización de ésta enfermedad durante sus casi 25 años de evolución. Destacándose la importancia de la introducción de la terapia de alta eficacia en el año 1996, tomándose este factor como uno de los más importantes por cambiar la tendencia de la incidencia del curso de la epidemia, siendo el periodo de 2002 a 2003 como punto de estabilización de la misma. La principal vía de transmisión fue la heterosexual en el 58% de los casos ocurridos en el año 2003, el 38% de los casos de SIDA desconocía su seropositividad frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH, Durante las dos primeras décadas la principal vía de transmisión fue compartir material de inyección entre usuarios de drogas inyectadas. Muestra un comportamiento creciente la transmisión por vía sexual especialmente la heterosexual. El mayor caso se da en pacientes de sexo masculino, mostrándose una tendencia creciente en el grupo de las mujeres. (47)



Castilla Jesús y colaboradores publican en el año 2006 una investigación realizada sobre las Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana-VIH (2000-2004) en 5 comunidades Españolas. En éste estudio el predominio de la vía de transmisión fue la heterosexual (48,8%), con una tendencia a la disminución de la tasa de diagnóstico, con una tendencia decreciente de la tasa de diagnóstico tardío de 38,6%. Siendo mayor para hombres y con un aumento de la edad a partir de los 30 años, debido probablemente a su menor percepción de riesgo y a la menos frecuentación de la realización de la prueba. A pesar de haberse realizado el mayor número de diagnósticos en personas autóctonas de España, la tasa de diagnósticos en subharianos fue muy alta y la prevalencia en latinoamericanos también fue muy alta, siendo mayor en transmisión homosexual en hombres y por vía heterosexual en mujeres. La frecuencia de diagnósticos tardíos fue menor en las mujeres porque son las que más frecuentan los servicios sanitarios y por los programas de transmisión perinatal Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA existentes en donde se ofrece la prueba a todas las mujeres embarazadas.(48)

López Juan Diego en un estudio descriptivo publicado en el año 2011 realiza una caracterización del fenómeno Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA en la ciudad de Manizales - Colombia durante los años 1996 a 2009. Se muestra una tendencia creciente de la enfermedad en ambos sexos, siendo asintomáticos y en buen estado de salud, adquirido por vía heterosexual con mayor prevalencia en los grupos de edad entre 20 y 29 años. (7)

Este tipo de estudios permiten conocer la epidemiología y dimensión de la epidemia, planificar las actividades de prevención y las necesidades asistenciales

y sociales de las personas viviendo con Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA (PVVS) con el objetivo de servir para orientar las actividades de lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA.

#### **1.4.1 ANTECEDENTES DE VIH**

A finales de 1970 empezaron a detectarse casos esporádicos de una rara enfermedad en diferentes lugares como Portugal, Haití, Francia y Estados Unidos, caracterizada por infección por *Cándida albicans* en la boca y el esófago, con erupciones en diferentes partes del cuerpo, las cuales correspondían a una forma agresiva de sarcoma de Kaposi, neumonía por *Pneumocystis carinii* algunos con daños ne48ológicos y una supresión del sistema inmunológico sin explicación alguna. (26) En un estudio realizado en el Caribe sobre el dengue se detectó que las primeras infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH en Haití se detectaron en muestras obtenidas en el año 1979; sin embargo los primeros casos que se presentaron en Haití y en los Estados Unidos se conocieron solo a principios de la década del 80, cuando en 1980 un médico estadounidense llamado Michael Gottlieb, diagnosticó en un joven un tipo muy raro de neumonía que era provocada por *Pneumocystis carinii* en los pacientes pos trasplantes tratados con inmunosupresores. (49)

Posteriormente aparecieron cuatro casos similares en la ciudad de los Ángeles, en los cuales aparecía de forma simultánea la neumonía por *Pneumocystis carinii* y el sarcoma de Kaposi. Todos tenían en común que eran hombres jóvenes, con conductas homosexuales, usuarios de drogas intravenosas y con historia de enfermedades venéreas. (49)

El 5 de junio de 1981 la primera vez que se habló oficialmente de la enfermedad cuando Gottlieb, Siegal y Masur, de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, publicaron en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, el informe de 5 casos de jóvenes homosexuales estudiados en 3 hospitales diferentes de Los Ángeles (26), que presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii* y sarcoma de Kaposi, observada antes solo en los ancianos. (49)

Para el año 1982, con base al comportamiento clínico, epidemiológico e inmunológico de la enfermedad, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades -CDC de Atlanta, Ga., Estados Unidos de América - E.U.A., denominan a la enfermedad que se presentaba en los homosexuales, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA, cuyo nombre fue propuesto por el activista homosexual Bruce Voeller. (50)

En 1983 el diario Americano "New York Times" publicó para finales de 1980 y principios de 1981 ya se habían presentado en varones homosexuales que vivían en las ciudades de Los Ángeles, San Francisco y Nueva York, en Estados Unidos de América - E.U.A los primeros casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y presencia de Sarcoma de Kaposi.(50)

Referente a la enfermedad, se podría mencionar que éstos pacientes tenían en común, un defecto selectivo en la inmunidad celular que los hacía más vulnerables al padecimiento de infecciones oportunistas, y que hasta el momento se presentaban solamente en pacientes con cáncer o con tratamientos inmunosupresores. Al no encontrarse causa para dichas enfermedades se relacionó la infección con el estilo de vida, llevado por ése grupo de población. Posteriormente se describieron casos de infección por Virus de Inmunodeficiencia

Humana - VIH en otros grupos de la población tales como los usuarios de drogas por vía intravenosa, hemofílicos, receptores de transfusión sanguínea, inmigrantes haitianos y africanos, así como las parejas homosexuales y los primeros casos en niños, por lo que ya no se pensaba que era una enfermedad solo de homosexuales, sino que atacaba cualquier grupo de la población. (50)

En 1984, se pudo establecer el patrón de contagio sexual de ésta enfermedad de tipo infeccioso, a través de un estudio en donde nueve hombres habían compartido parejas sexuales y estaban todos infectados con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA.

Al mismo tiempo en otros países del mundo también se presentaron casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA. Cuando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA se convierte en una pandemia se detecta la transmisión del virus a través del uso de hemoderivados.

Entre 1981 y 1983 se presentaron en el África, Ruanda, Tanzania, Uganda, Zaire y Zambiase epidemias originadas por enfermedades crónicas y mortales como la meningitis criptocócica, Sarcoma de Kaposi progresivo y candidiasis del esófago. En 1976 se obtiene de un paciente procedente de Zaire y testado para el virus Ebola.

En 1984, es aislado el Virus Inmunodeficiencia Humana –VIH en estados Unidos y en Francia por los científicos, el Dr. Robert Gallo y el profesor Luc Montagnier, quienes se disputaron su descubrimiento y en 1986 le fue colocado el nombre. Esto sirvió de base para el desarrollo de las pruebas de laboratorio y para empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna. (51)

Según la Organización Mundial de la Salud, el origen del virus de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA es aún desconocido. Se cree se deba probablemente a la evolución natural de los distintos organismos habitantes de la tierra y que debido a las alteraciones ecológicas que enfrentan se ven obligados a luchar por su supervivencia.

Durante los años 1985 y 1986 se realizaron las conferencias I y II Internacional del SIDA en Atlanta con la participación de 2.000 y 2.800 personas respectivamente y organizada por la OMS, el US Department of Health and Human Service, los principales centros de investigación y el descubridor del virus (Luc Montagnier) y su equipo de trabajo. En 1985 muere el actor norteamericano Rock Hudson, la primera figura pública mundialmente famosa que anunciaba que padecía el SIDA. A nivel científico se empieza a utilizar el test Elisa, la primera prueba de detección del VIH, para hacer pruebas a los productos sanguíneos que se utilizan en las transfusiones. (5)

En el año 1986 también se identificó una variante del virus en París, el cual se denominó VIH-2. En España se presentan los primeros casos de discriminación en las escuelas hacia los niños o niñas nacidas con Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH. Se insta la notificación obligatoria de los casos de SIDA. (5)

Ya para 1987 se aprueba el primer antiretroviral (AZT), el cual fue introducido al mercado a precios muy altos; por lo que dos años más tarde la presión activista obliga a las empresas farmacéuticas a rebajar su precio. En España se acentúan los casos de discriminación de las personas afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH y el desconocimiento de la enfermedad por parte de la población. El activista Cleve Jones hace el primer tapiz del Memorial del SIDA. El activista Larry Kramer crea en Estados Unidos la asociación ACT UP,

(the AIDS Coalition to Unleash Power), una asociación líder durante los años 90 en las protestas contundentes contra el SIDA y con filiales en muchos países, como Francia o España. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) de los Estados Unidos revisan la definición de caso SIDA. (5)

El 1º de Diciembre de 1988 se celebra el primer día de lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH; por lo que se escogió éste día como el Día Mundial de Lucha contra el SIDA (3). Nace la Internacional AIDS Society (IAS) para organizar las conferencias internacionales. Por primera vez, en la IV Conferencia Internacional del SIDA celebrada en Estocolmo, con la participación de 7.500 personas, las personas que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH y la sociedad civil se incorporan a los debates a través del forum Face of AIDS. Se publica el libro de Susan Sontag El SIDA y sus metáforas. (4)

1989 se realiza la V Conferencia Internacional de la SIDA en Montreal, con la participación de 12.000 personas. Durante la conferencia el presidente de Zambia, Kenneth Kaunda, revela que su hijo murió a causa del SIDA en 1986. Es el primer líder africano que habla abiertamente de esta enfermedad en el seno de la familia. En España a través del parlamento de Cataluña se establece la confidencialidad en la prueba para el diagnóstico del Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA. (5)

1990 Frank Moore crea el lazo rojo para recordar a las personas muertas y se adopta como símbolo del Día Mundial de Lucha contra el SIDA. (5)

Esta primera década transcurrida desde el descubrimiento de la enfermedad se caracterizó por la investigación y conocimiento de la pandemia, así como por la organización de la sociedad para combatir y luchar contra ese flagelo.

A comienzos de la segunda década de haberse presentado los primeros casos, se vio marcada por el diagnóstico de esta enfermedad en personas de vida pública. En 1991 el actor Jeremy Irons se convierte en una de las primeras celebridades en ponerse un lazo rojo durante un acto público, en la presentación de los Premios Tony de teatro, creando un gran alboroto en Hollywood. (3)

El 7 de Noviembre el jugador de la NBA, Magic Johnson, anuncia que es portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH y se retira del básquet ball profesional. Sin embargo, posteriormente participó en los Juegos Olímpicos de Barcelona y años más tarde continuó jugando en la NBA. También para ese mismo año muere el cantante de Queen, Freddy Mercury, de una bronconeumonía complicada por el SIDA el 24 de Noviembre, sólo un día después de comunicar oficialmente que padecía esta enfermedad. Este año estuvo marcado por la infección de un millar de hemofílicos en Francia después de unas transfusiones con sangre contaminada por el virus. El asunto puso de manifiesto la sanidad pública francesa y se llevó a los tribunales a los responsables del gobierno, incluido el propio primer ministro Laurent Fabius. (5)

1992 El doctor Semprini y sus colaboradores desarrollan la técnica de lavado de semen que permite a parejas serodiscordantes poder tener hijos/as, minimizando el riesgo de infectar a su mujer y al feto. Ya se empieza a hablar de número de personas infectadas y es así como España se convierte en el país europeo con la tasa más elevada de SIDA, y el tercero después de Francia e Italia con más casos. Se constituyen las unidades funcionales de SIDA en los hospitales con un

abordaje multidisciplinar. Se comienza a mirar el impacto social que la enfermedad tiene y los tribunales aceptan las demandas por las infecciones que se presentaban. Ejemplo de esto ocurrió en España en donde El Tribunal Supremo reconoce por primera vez el derecho a la indemnización de un infectado para una transfusión de sangre. Un juzgado de Barcelona condena al Instituto Catalán de la Salud a pagar 25 millones de pesetas a la familia de una persona que murió de SIDA, después de haber sido infectada en una transfusión de sangre en el Hospital de Sant Pau de Barcelona, para 1998 el Tribunal Superior ratifica la sentencia. Debido a la discriminación que permanentemente se presentaba en esa época, La Generalitat solicita silenciar los nombres de los/as niños/as con Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH para evitar el alarmismo social, el rechazo escolar y para proteger al/a la niño/a afectado/a. (5)

El CDC continúa trabajando y es así como en 1993 amplía la definición de SIDA para incluir otras infecciones oportunistas, así como a los adultos Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH positivos con un recuento de CD4 de menos de 200. Para protección femenina La FDA (Food and Drug Administration) de Estados Unidos aprueba el uso del condón femenino. Para dar a conocer a la humanidad la infección por el Virus de La Inmunodeficiencia Humana - VIH la cinematografía comienza a realizar sus películas y en este mismo año se estrena la película en el filo de la duda, basada en el best-seller de Randy Shilts And the band played on publicada en 1987. La película, premiada en el Festival de cine de Montreal, narra con detalle los primeros años del descubrimiento del SIDA, las reacciones sociales y el trabajo de los investigadores y médicos. El largometraje cuenta con la participación de actores destacados como Mathew Modine, Alan Alda y Ian McKellen. Por otro lado en Estados Unidos se estrena Philadelphia, la primera película de Hollywood donde se aborda el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-VIH/SIDA, la discriminación de las



personas que viven con esta enfermedad y la homofobia sin miedo ni tapujos. Nominada a los Oscars en 6 categorías, finalmente ganó 2, uno para Tom Hanks al mejor actor, por su papel protagonista, otro para Bruce Springsteen por su canción Streets of Philadelphia. Por primera vez desde el principio de la pandemia en el estado español, el número de casos declarados no es superior al del año anterior. El Consejo de Ministros aprueba una partida de 7.129.000 de pesetas para abonar indemnizaciones a hemofílicos infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH. (5)

La industria farmacéutica en 1994 logra demostrar la eficacia de los antiretrovirales para reducir la transmisión de Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH de las embarazadas a sus hijos. En España la ONG Stop SIDA crea Cuídate, la primera campaña estatal de prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH dirigida al colectivo homosexual. La iniciativa, que se repite anualmente, tiene como objetivos generales divulgar la información específica para la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), crear un entorno favorable para la adopción de comportamientos preventivos y, favorecer la solidaridad con los hombres seropositivos entre el colectivo de gays y bisexuales. De acuerdo al perfil de mortalidad el SIDA se convierte en la primera causa de muerte en Cataluña entre los 20 y los 40 años. Continúa la educación a través de la música; la ópera rock Rent se estrena en el off-Broadway de Nova York. El musical es una adaptación de La Boheme de Puccini, pero substituye la enfermedad original por el VIH. La obra se estrena en Broadway donde está 12 años en cartelera y consigue un premio Pulitzer al mejor drama y un Tony al mejor musical. En 2005 se adaptó al cine. Los científicos preocupados ante la pandemia realizan pruebas con dos mandriles infectados con el VIH, los cuales se convierten en los primeros animales que desarrollan síntomas clínicos de la enfermedad. Es el primer paso

para que los científicos puedan ensayar fármacos y vacunas con animales. En España se realiza de manera in vitro el primer embarazo en España conseguido con la técnica de lavado seminal que permite a un hombre seropositivo ser padre sin correr el riesgo de transmitir el virus a su mujer y a su hijo/a. Se publican en Cataluña los resultados del primer estudio sobre prácticas sexuales en HSH (hombres que tienen sexo con hombres) realizado en España. (5)

1995 Se aprueba el saquinavir (Invirase), el primer inhibidor de la proteasa para tratar la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. Comienzan a utilizarse los inhibidores de proteasa combinados con otros fármacos después de los primeros ensayos clínicos de 1992 (3). En este año Estados Unidos acepta que el verdadero descubridor del virus es Luc Montagnier (Instituto Pasteur, Francia (6)

1996 Se crea el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA. (ONUSIDA). Su misión es dirigir, fortalecer y dar una respuesta integral al Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA. Se presenta la terapia combinada altamente activa (TARGA) por primera vez en Vancouver en la XII Conferencia Internacional sobre el SIDA. La mortalidad y morbilidad de los pacientes bajará drásticamente, permitiendo pasar del pronóstico de enfermedad mortal a crónica. La terapia, no obstante, pondrá de manifiesto las diferencias entre países ya que los costos del tratamiento hacen que sólo sea accesible en los países desarrollados. (5)

1.997 El CDC anuncia que por primera vez las muertes a causa del SIDA comienzan a disminuir en estados Unidos gracias al éxito de la terapia combinada. La eficacia de los medicamentos hace caer un 25% los nuevos casos de SIDA en

España. Se pone en marcha en la prisión vasca de Basauri el primer programa de intercambio de jeringuillas para facilitar el acceso de población penitenciaria consumidora de drogas al material de inyección. Aparece el primer número de la revista Lo + Positivo una de las publicaciones de referencia de España para las personas que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. Continúa su labor la industria cinematográfica, el director Josep María Flotats inaugura el Teatro Nacional de Cataluña (TNC) con la obra de Àngels a América, una pieza teatral de Tony Kushner que es una metáfora de la Norte-América de los años 80 vista desde la pandemia del SIDA, que ha recibido diversos premios y ha sido llevada a la pantalla. (5)

Las estadísticas mundiales referentes al número de infectados aparecen en 1998. Según ONUSIDA, unos 33'4 millones de personas del mundo viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH. El 28 de junio se celebra en Ginebra la XII Conferencia Internacional sobre el SIDA con el lema Bridging the gap, cerrando fisuras. La conferencia menciona el hecho de que alrededor del 90% de las personas seropositivas viven en países en desarrollo donde prácticamente no se han producido avances en el tratamiento. Unos análisis de sangre africana demuestran que desde el año 1959 se habían producido casos no documentados de Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH en ese continente. Los nuevos casos de SIDA en España disminuyen un 25%. Los casos declarados de SIDA disminuyen por primera vez desde 1990 en Cataluña al aplicarse la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). (5) La eficacia y efectividad antirretroviral cada día adquiere más fuerza.

1999 Investigadores de la Universidad de Alabama en Birmingham creen que el origen del VIH podría estar en una cepa de un virus presente en una subespecie de chimpancé y teorizan que cazadores humanos podrían haber contraído el virus

al estar expuesto a sangre infectada. Por primera vez hay más mujeres que hombres, viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en África. Continúa el descenso notable en el número de casos de SIDA. Creación del Comité 1r de Desembre, plataforma de ONGs catalanas que trabajan para dar respuesta al Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA en el territorio autonómico de Cataluña. Hasta el 31 de diciembre de 1999 se declaran 12.555 casos de SIDA residentes en Cataluña. El SIDA cae al tercer lugar entre las causas de muerte de los jóvenes. (5)

2000 Los Estados miembros de Naciones Unidas, juntamente con diversas organizaciones internacionales, establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 8 metas para asumir en el 2015. El sexto objetivo pretende conseguir el acceso universal al tratamiento para todas las personas afectadas por el VIH y reducir la propagación de la enfermedad. Se celebra en Durban, en Sudáfrica, la XIII Conferencia Internacional del SIDA, la primera que se realiza en un país en desarrollo, en concreto en el país con una prevalencia del VIH más alta del mundo. Declaración de Durban: más de 5.000 científicos y 12 premios Nobel firman un documento en el que reafirman que el virus del VIH es la causa del SIDA. Gallo y Montagnier reciben el Premio Príncipe de Asturias por el descubrimiento del virus del VIH. Se constituye la Mesa Estatal de Minusvalías del Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH en el mes de marzo como una respuesta al Real Decreto 1971/1999 donde se regulaban las calificaciones del grado de minusvalía de las diferentes patologías, entre ellas la del Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA. (5)

2001 Las empresas farmacéuticas bajan los precios de los fármacos antirretrovirales para tratar el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA y Brasil empieza a producir genéricos. Se aprueba en España la creación de un fichero de datos gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo relativo al Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones (SINIVIH). Un paciente de 48 años se convierte en la primera persona seropositiva que recibe un trasplante renal en España en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz. Creación de la Red2002, actualmente Red-VIH, como plataforma para canalizar la participación de la comunidad Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en la Conferencia Internacional del 2002 en Barcelona. La Maratón de TV3, un programa anual de 16 horas de la televisión autonómica catalana, dedica su décima edición a obtener fondos para la investigación del VIH. Como resultado, se recaudaron 4.653.496 € que permitieron impulsar 21 proyectos de investigación biomédica sobre el SIDA. (5)

2002 Se celebra en Barcelona la XIV Conferencia Internacional del SIDA, con una participación mayor de las mujeres y las personas de los países en desarrollo de Latinoamérica. La presencia de líderes, como Bill Clinton o Nelson Mandela, reflejan el creciente compromiso político para responder a la pandemia después del 2000, efecto que permite la puesta en marcha de programas para ampliar las intervenciones del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. Los Estados Unidos aprueban el primer test rápido de Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH., que produce resultados en menos de 20 minutos. Se crea el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis con el objetivo de incrementar radicalmente los recursos de lucha contra las tres enfermedades más devastadoras existentes en el mundo y dirigirlos a las áreas más necesitadas. Se realiza el primer trasplante hepático en un paciente VIH + coinfectado por el virus de la hepatitis en España. Nace CESIDA (Coordinadora Estatal del Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA). El objetivo es aglutinar con una sola voz, independiente, alta, clara y

fuerte, las diferentes entidades e instituciones en el ámbito de la comunidad Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH para reivindicar y exigir a los gobiernos e instituciones su implicación en la lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA. (5)

2003 Se aprueba el primer medicamento de una nueva familia contra el VIH, Fuzeon (también conocido como enfurtivida o T-20) un inhibidor de la fusión diseñado para impedir la entrada del VIH en las células humanas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza la iniciativa 3 por 5, tratar a 3 millones de personas que viven con el VIH en países en desarrollo antes de finales del año 2005. Se establecen las normas específicas de valoración de la incapacidad en las personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. Se crea el HIVACAT, programa catalán para el desarrollo de una vacuna efectiva para el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. El Parlamento de Cataluña aprueba una resolución que insta al Gobierno a implantar un programa de intercambio de jeringuillas en los centros penitenciarios. (5)

2004 Según ONUSIDA la pandemia afecta a 40 millones de personas. La enfermedad se expande con intensidad con 5 millones de nuevos casos y se observa que el 47% de las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH son mujeres. La Audiencia Nacional anula la creación del SINIVIH, el fichero de datos de carácter personal de información sobre las personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. La medida, que fue aprobada en el año 2000 por una orden ministerial, fue muy criticada por las ONGs de afectados, que afirmaban que el fichero no respetaba el anonimato. Un grupo de ONGs la recurrió, y una sentencia de la Audiencia Nacional les dio la razón. El Hospital Clínico de Barcelona empieza a desarrollar un plan de seguimiento virtual de las personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH a través de la red. (5)

2005 Por primera vez la Iglesia Católica acepta el uso del preservativo en el contexto de la lucha contra el SIDA.

2006 Se aprueba Atripla, un fármaco que combina un régimen antirretroviral completo en un único comprimido de una sola toma diaria. Libia condena a muerte a cinco enfermeras y un médico palestino, acusados de infectar a más de 400 niños con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, 56 de los cuales murieron. Después de ocho años de prisión y de diferentes juicios, fueron liberados gracias a las gestiones internacionales. Se publica el informe FIPSE sobre la discriminación de las personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en España. Los resultados ponen de manifiesto la discriminación, rechazo y las dificultades que padecen las personas seropositivas, en especial en el ámbito laboral y sanitario. La Fundación FC. Barcelona y la UNICEF firman un convenio para ayudar a combatir el SIDA en Swazilandia, el país con la prevalencia del SIDA más alta del mundo. (5)

2007 Las empresas farmacéuticas empiezan a vender medicamentos para el SIDA más baratos en los países en desarrollo. Con esta acción quieren frenar el aumento de las ventas de los medicamentos genéricos en países como la India y Brasil y la mala opinión pública contra las grandes corporaciones. Primeras evidencias del efecto de la circuncisión masculina en la prevención de la transmisión del VIH. La FDA aprueba raltegravir (Isentress), primer fármaco de la familia de los inhibidores de la integrasa. La FDA aprueba maraviroc (Celsentri), primer fármaco de la familia de los inhibidores de los co-receptores CCR5. Después del recurso presentado por algunas asociaciones en contra del registro en personas portadores de VIH, el SINIVIH, el Tribunal Supremo falla a favor de la creación de este registro y se aprueba la ley para que se cree. Sin embargo, el registro todavía no existe a nivel estatal si no que se lleva a cabo de forma

autonómica y no en todas las autonomías. La Generalitat lanza la campaña Amb la SIDA, fem la nostra feina que pretende combatir el estigma y la discriminación que padecen las personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en el trabajo. (5)

2008 Luc Montagnier y Françoise Barre-Sinoussi reciben el Premio Nobel de Medicina por haber descubierto el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH. Un estudio suizo demuestra que en parejas heterosexuales donde la persona VIH+ tiene carga indetectable no se produce transmisión del virus. (3)

2009 La condena a una cantante alemana a dos años de prisión por no decir a tres parejas que tenía el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH reabre el debate entre el derecho a la privacidad y a la salud. Se produce el mayor incremento en la historia de personas con VIH en el mundo que sigue un tratamiento. Según Organización de las naciones Unidas - ONUSIDA, se ha incrementado en un 25% las personas que reciben el tratamiento. Sin embargo, todavía hay 10 millones de personas en el mundo que no reciben ningún medicamento. En España empieza el acceso a la reparación facial para tratar la lipoatrofia en el sistema sanitario de salud público. Cataluña se convierte en la primera comunidad autónoma que declara los casos de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. (5)

2010 Estados Unidos, China y Namibia levantan el veto a las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. Sin embargo, la prohibición se mantiene en más de 51 países, territorios y áreas. Primeros resultados prometedores en la investigación sobre los microbicidas. El gel CAPRISA demuestra cómo se reduce en un 40% el riesgo de una mujer al ser infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. Una tercera fase de un ensayo de



profilaxis pre-exposición (PrEP) revela que los medicamentos utilizados para tratar el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH también pueden ser eficaces en la prevención de la infección. Las personas que tomaron una pastilla antirretroviral una vez al día tenían un 44% menos de probabilidades de ser Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH positivo, después de mantener relaciones. Benedicto XVI dice que es aceptable utilizar el condón en el terreno de la prostitución pero no es la auténtica solución para frenar el SIDA. Es la primera vez que un jefe de Estado de la Iglesia Católica admite que el uso del condón está justificado en algunos casos. La Generalitat activa un nuevo Pla de Acció del SIDA 2010-2013 ante el aumento de la relajación en la prevención de la transmisión. El plan se dirige especialmente a los jóvenes, el colectivo homosexual masculino y a la población emigrante por sus carencias educativas, relajamiento en el uso del preservativo y vulnerabilidad social. (5)

La tercera década estuvo marcada por la aprobación y venta de medicamentos a precios accesibles, con el fin de dar cumplimiento a los Objetivos del Nuevo Milenio y disminuir las brechas relacionadas con la compra de los antirretrovirales existentes entre los países en vía de desarrollo y los desarrollados.

2011 Se hacen públicos los resultados del ensayo HTPN 052 con parejas heterosexuales serodiscordantes. Los datos evidencian que el hecho de que la persona con VIH iniciara antes su tratamiento antirretroviral permitía reducir en un 96% el riesgo de transmisión del virus a su pareja habitual. Estos hallazgos han supuesto un espaldarazo al concepto denominado “tratamiento como prevención”, en el que la terapia antirretroviral se considera parte de las herramientas para prevenir la transmisión de nuevas infecciones. La crisis económica y los recortes sociales comportan la eliminación o reestructuración orgánica de los programas del SIDA de algunas comunidades autónomas. Investigadores del CSIC consiguen

desarrollar una vacuna contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH exitosa en la primera fase de la investigación. La vacuna terapéutica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA, diseñada por HIVACAT, reduce significativamente la carga viral en la mayoría de los pacientes. (5)

Durante la última década, muchas epidemias nacionales han cambiado exponencialmente. En 39 países, la incidencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH entre adultos se redujo a más de un 25% entre 2001 y 2011. Veintitrés de los países que presentan grandes descensos en la incidencia están en África subsahariana, donde el número de personas que se infectaron por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en 2011 (1,8 millones [1,6 millones-2,0 millones] fue un 25% menor que en 2001 (2,4 millones [2,2 millones-2,5 millones]). A pesar de estos avances, en esta región se produjeron en 2011 el 71% de las nuevas infecciones en adultos y niños de todo el mundo, lo que resalta la importancia de continuar y fortalecer las iniciativas de prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en la región. (7)

“Después de tres décadas e inicio de la cuarta conviviendo con un virus cuya capacidad letal y de estigmatización social ha logrado desplazar incluso al cáncer como enfermedad más temida, se diría que hemos avanzado poco. Sigue habiendo discriminación, sigue siendo incurable y las estadísticas que hablan de descensos en el número de casos, o de estabilización de la enfermedad en Occidente, se vienen abajo en cuanto se adopta una perspectiva más global que incluya las grandes bolsas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA del continente africano y otros lugares del llamado Tercer Mundo, por más que también aquí las tasas vayan bajando poco a poco”.(6)

### 1.4.2 DEFINICION DEL VIH

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana - VIH es una entidad infecciosa de tipo crónico, que irrumpe el sistema inmunológico, lo deteriora y le hace incapaz de afrontar las enfermedades, por lo que si no se diagnostica a tiempo lleva al desarrollo de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA y a la muerte de la persona que vive con el virus (52). La causa de esta enfermedad es la infección por un virus filtrable, el VIH, que es un retrovirus, y del cual existen dos tipos: el VIH1 y VIH2. Siendo el más agresivo y más común a nivel mundial el VIH1. Las manifestaciones clínicas se presentan como un conjunto de síntomas inespecíficos y desapercibidos, evolucionando o variando, por lo que en muchos se hace el diagnostico después de desarrollar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA, es decir tardíamente (33)

Es necesario aclarar dos términos que se utilizan comúnmente para definir ésta patología, ya que se maneja como si se tratara de lo mismo.

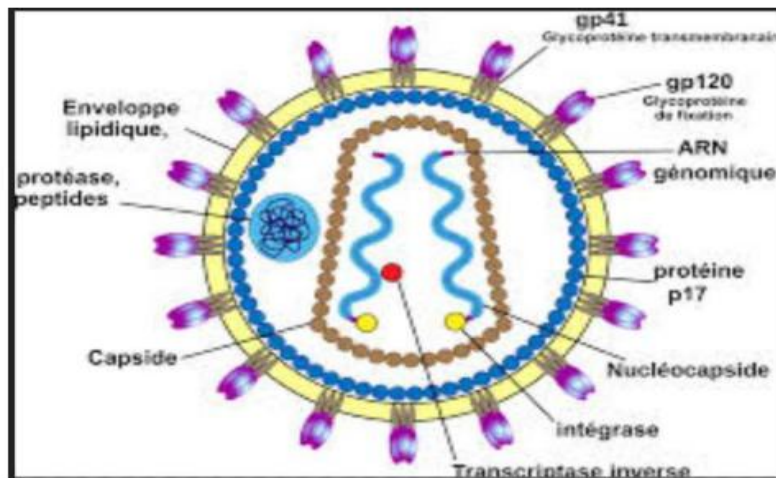
- **VIH:** el virus de la inmunodeficiencia humana - VIH es un Retrovirus del género Lentivirus que se replica lentamente. La evolución natural de la infección por VIH está caracterizada por una etapa de infección primaria, que se desarrolla en las primeras 4 a 8 semanas después del contagio con el virus y cuyo sitio primario de infección es el tejido linfoide, encontrándose en el plasma y líquido cefalorraquídeo (LCR) niveles altos de viriones, que son demostrados a través del antígeno p24 y la carga viral. Actúa atacando el sistema inmunitario, debilita las defensas ocasionando la presencia de una gran gama de infecciones y el desarrollo de diversos tipos de cáncer. El virus destruye las células inmunitarias y vuelve gradualmente muy susceptible a la persona

infectada (51). Para conocer el estado inmunológico se utiliza el recuento de células CD4.

- **SIDA:** El Sida es el conjunto de enfermedades que ocurren en el cuerpo humano, debido a la incapacidad del sistema inmunológico para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos ocasionados por la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH cuando el nivel de linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. Se presentan algunas anormalidades neurológicas tales como las neuropatías (síndrome de Guillan Barré, esclerosis múltiple) y el paciente puede describir problemas con la memoria anterógrada, incapacidad para realizar tareas simples; alteraciones del estado de ánimo o la personalidad, observándose apatía o depresión, y pueden tener conductas maníacas o agitación. Cuando el paciente es tratado con antirretroviral - TAR, se pueden presentar infecciones oportunistas menores como varicela-zoster, papiloma virus, molusco contagioso diseminado, foliculitis bacteriana y dermatofitosis; así como dermatitis seborreica y psoriasis (51). También pueden presentarse enfermedades bucales (candidiasis oral, Leucoplasia vellosa, gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante, infecciones por herpes, ulceraciones orales, ulceraciones aftosas recidivantes), infecciones por virus (Citomegalovirus, papiloma virus o lesiones por sarcoma de Kaposi), adenopatía o esplenomegalia. (52). El período del diagnóstico de SIDA se presenta en la persona entre los dos meses y 5-10 años o más, después de ser infectado por el Virus de inmunodeficiencia Humana-VIH, y depende éste del tratamiento con antirretrovirales, el inicio a tiempo de la profilaxis de infecciones oportunistas y el tratamiento de trastornos nutricionales.(51)

### 1.4.3 AGENTE ETIOLÓGICO

Es el “Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, el cual pertenece a la familia de los retrovirus, del grupo lentivirus. Existen dos serotipos de Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, VIH-1 y VIH- 2. Del VIH1 se han identificado 10 subtipos de VIH-1 (A-J) agrupados en el grupo M. Los cambios o mutaciones por tratamiento antirretroviral pueden llevar a cada subtipo a una forma recombinante circulante (CRF, circulating recombinant form), que a su vez puede ser clasificada en subtipos: A y C. En 1988 fue descubierto en Camerún un grupo N el cual es muy raro; también se identificó el grupo O (outliers) constituido por los virus aislados altamente divergentes. En cuanto al VIH-2 éste ha sido clasificado en 5 subtipos y predomina en África. A través de estudios recientes se ha documentado la introducción de los subtipos (A, D y E) en América del Norte, (F, C y D) en América del Sur y en Europa (A, C, D, F, G, I); en Asia y Pacífico circulan los subtipos B, E y C. En Europa Occidental y en América, predomina el subtipo B de Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH – 1. (52)



Esquema No. 1 Agente etiológico del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida-VIH (52)

#### **1.4.4 MODO DE TRANSMISIÓN**

Existen tres vías de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH:

- Sexual: Es la vía más común y ocurre cuando una persona sin la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH tiene relaciones sexuales penetrativas con una persona infectada: Existe un contacto directo con las secreciones genitales (semen o líquidos vaginales), piel o mucosas.(51,53)
- Materno infantil (de la madre a hijo) : cuando la madre infectada que vive con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH transmite a su hijo (a) el virus durante la gestación (a través de la placenta), en el momento del parto (por contacto con sangre y otros fluidos con piel o mucosas) o durante la lactancia (por el sangrado de los pezones de la madre).(52,53,54)
- Sanguínea o parenteral: Sucede como producto de exposición de una persona sin la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH a sangre o hemoderivados, o a tejidos trasplantados pertenecientes a una persona infectada (transfusión sanguínea, accidente laboral de trabajadores de la salud, contaminación), intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica (utilización de agujas e instrumental médico, y odontológico contaminados, tatuajes, percing sin esterilización). (52,54)

#### **1.4.5 PERÍODO DE INCUBACIÓN**

Es el que se inicia “Desde el momento de la infección hasta que se desarrollan síntomas de inmunodeficiencia.” Este tiempo puede tardar muchos años, incluso hasta diez 10 años. (52,53)

#### **1.4.6 PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD**

Se presenta en cualquier momento del curso de la enfermedad; y la probabilidad será proporcional a ciertos factores tales como: carga viral o cantidad de partículas virales circulantes en un momento determinado y cantidad de inóculo (líquido infectante) que ingrese al cuerpo de la persona sana. Los momentos de mayor transmisibilidad del virus ocurren durante el período de seroconversión, ausencia de tratamiento antirretroviral TAR, y el momento de diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana-SIDA donde hay una alta viremia.”(52)

#### **1.4.7 DIAGNÓSTICO DEL VIH**

Según estudios realizados en la India, Sudáfrica y Estados Unidos existen una serie de factores que provocarían la no realización de la prueba de Elisa para detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana – VIH en pacientes de alto riesgo de infectarse. Dentro de estos factores tenemos: el temor de descubrir que son VIH positivos, la creencia de que tienen un riesgo mínimo de exposición, la creencia de que son Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH negativos, la seguridad de que en caso fueran Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH positivo no podrían hacer nada al respecto, el temor a la estigmatización y discriminación por ser seropositivos, la preocupación de que otros tengan acceso a los resultados en caso de ser Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH positivo. (4)

Debido al impacto individual y social que ésta enfermedad causa, en Colombia la realización de la prueba sólo podrá efectuarse previo consentimiento de la persona encuestada o cuando la autoridad sanitaria competente lo determine, de

acuerdo con las previsiones establecidas en el decreto 1573 de 1997, que reglamenta el Manejo de la Infección. (54)

Antes de realizar la prueba de ELISA para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH es necesario según las estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud- OMS realizar consejería pre y post prueba (Decreto 1573 de 1997) para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas (54,55,56); ésta se llevará a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ETS y el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-VIH/SIDA. (57,58)

Cuando la paciente es una mujer embarazada deben hacerse muchas asesorías para lograr sensibilizar a la paciente sobre la importancia de disminuir la posibilidad de transmisión materna infantil a través, de la estrategia que existe en nuestro país Colombia. A través de él se hace seguimiento a madres con VIH y el impacto obtenido ha sido en la disminución de la probabilidad de infección materna-infantil (56). Se obtuvo como resultado que cuando se suministra oportunamente el protocolo la probabilidad de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana –VIH (n=170) es de 1,78% (IC95%: 0,37 a 5,13%). A nivel mundial el panorama no es alentador ya que pesar de estos esfuerzos a nivel de distintos países 370.000 niños se infectaron in útero por el VIH en el año 2009 en el mundo. (59)

Una vez el paciente acepta realizarse la prueba se obtiene del paciente su consentimiento por escrito (54, 55,56). Cuando no se realiza el protocolo de



asesoría pre y post prueba la preparación del paciente es escasa y un diagnóstico positivo trae serias repercusiones psicológicas. (9 y 60)

#### **1.4.7.1 DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y DEFINICIÓN DE CASO DE SIDA EN ADULTOS Y ADOLESCENTES MAYORES DE 13 AÑOS**

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC], durante los años 1992, 1994 y 1999 realiza una clasificación de la enfermedad en base a ciertos criterios que se presentan en adolescentes mayores de 13 años y Adultos. A través de la interpretación de estos criterios el médico tratante establece el diagnóstico de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-Sida. Los criterios pueden ser de tipo epidemiológico, clínico y de laboratorio. (17)

Los criterios Clínicos son tomados en base a los establecidos en el protocolo para VIH/SIDA emitido por el Instituto Nacional de Salud, razón por la cual fue tomado en su totalidad. (52,61) Para facilitar la interpretación de los mismos se han dividido en dos grandes grupos según la edad: menores y mayores de 18 años de edad. (60)

#### **1.4.7.2 CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SIDA EN MAYORES DE 13 AÑOS**

##### **1.4.7.2.1 Categoría Clínica A**

**Infección o síndrome retroviral agudo, SRA:** similar al síndrome retroviral agudo inespecífico, que aparece entre la 2° y 3° semanas de primo infección y que

se caracteriza por fiebre, faringitis, linfadenopatías, erupción macular de piel, mialgias, artralgias y esplenomegalia.

**Infección asintomática:** Linfadenopatía generalizada persistente (LGP), adenopatías en sitios diferentes a las ingles que duran más de un mes.

#### **1.4.7.2.2 Categoría Clínica B.**

Condiciones asintomáticas en una persona mayor de 13 años infectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH, que no tiene las condiciones del estadio C y cuya condición se atribuye a la infección VIH o son indicativas de un defecto en la inmunidad mediada por células o son consideradas por los médicos como un curso clínico o que requieren manejo que es complicado por infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH.

Entre las afecciones consideradas en éste estadio están:

- Angiomatosis bacilar
- Candidiasis oral (muguet)
- Candidiasis vulvo vaginal, persistente y frecuente o que no responde adecuadamente al tratamiento.
- Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma de cérvix in situ.
- Síntomas de fiebre prolongada de origen desconocido ( $>38,5^{\circ}\text{C}$ ); o diarrea de más de un mes de causa desconocida.
- Leucoplasia oral vellosa.
- Herpes zóster con al menos dos episodios o un episodio que compromete a más de un dermatoma.

- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Listeriosis
- Enfermedad pélvica inflamatoria complicada con absceso tubo ovárico.
- Neuropatía periférica.
- Otras complicaciones menores asociadas a la infección por el virus.

Con el propósito de clasificar adecuadamente al paciente, las condiciones de la categoría B prevalecen sobre las de categoría A, lo que equivale a decir que si el paciente tiene manifestaciones clínicas de la categoría A y algunas de la categoría B, para efectos de tratamiento se recomienda clasificarlos como paciente de la categoría B.

#### **1.4.7.2.3 Categoría Clínica C.**

En ésta categoría se ubican los pacientes que hayan presentado complicaciones definidas para el diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-Sida, o cuando presenta infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia demostrada sin otra causa que la originen. A continuación se mencionan las condiciones clínicas que se incluyen en ésta categoría:

- Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones.
- Candidiasis esofágica.
- Carcinoma de cérvix invasivo
- Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar.
- Criptococosis extra pulmonar.
- Criptosporidiosis intestinal crónica con diarrea de más de un mes.

- Infección por citomegalovirus de órganos diferentes al hígado, bazo, o ganglios en mayores de un mes de edad.
- Retinitis por citomegalovirus.
- Encefalopatía relacionada con Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH.
- Infección por el virus del Herpes simple: úlcera mucocutánea crónica de más de un mes de evolución, bronquitis, neumonitis o Esofagitis en pacientes mayores de un mes de edad.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- Isosporidiasis intestinal crónica mayor de un mes.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt o equivalente
- Linfoma inmunoblástico o equivalente.
- Complejo *Mycobacterium avium* o *Mycobacterium kansasii* diseminado o extrapulmonar.
- *Mycobacterium tuberculosis* pulmonar o extrapulmonar.
- *Mycobacterium* de otras especies o de especies no identificadas, diseminado o extrapulmonar.
- Neumonía por *Pneumocystis jiroveci* ( antes *P. carinii*)
- Neumonía recurrente.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Sepsis recurrente por *Salmonella* diferente a *S. Typhi*.
- Toxoplasmosis cerebral en pacientes mayores de un mes de edad.
- Síndrome de desgaste o Wasting Syndrome: emaciación por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, con pérdida de peso mayor de 4,5 kg o más de 10% del peso usual.

Con propósitos de clasificación, una vez se presenta una condición del estadio C, la persona permanecerá en dicha categoría.

### **1.4.7.3 PARA MENORES DE 13 AÑOS (CDC 1994- CDC 1999)**

#### **1.4.7.3.1 Categoría Clínica N: asintomático.**

Niño sin signos o síntomas que indiquen una sospecha de infección por VIH o con una sola condición de la categoría A.

#### **Categoría Clínica A: levemente sintomático**

Niño sin ninguna de las condiciones indicadas en las categorías B o C o que presente dos o más de las siguientes condiciones,

- Linfadenopatía de 0.5 cm en más de dos sitios, bilateral equivalente a un sitio.
- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.
- Dermatitis.
- Parotiditis.
- Infección respiratoria de dos vías superiores, así como sinusitis u otitis media recurrente o persistente.

#### **1.4.7.3.2 Categoría Clínica B: levemente sintomático.**

Niño que tiene condiciones diferentes a las categorías A o C, atribuidas a la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH:

- Anemia (hemoglobina <8mg/dl , neutropenia(<1.000mm<sup>3</sup>) o trombocitopenia(<100.000mm<sup>3</sup> persistente por un mes).
- Meningitis bacteriana , neumonía o sepsis (episodio único).
- Candidiasis orofaríngea persistente de más de dos meses) en niños mayores de seis meses.

- Cardiomiopatía.
- Infección por citomegalovirus con inicio antes del primer mes de edad.
- Diarrea recurrente o crónica
- Hepatitis
- Estomatitis por infección del Herpes Virus Zóster - HSV recurrente ( más de dos episodios en un año).
- Bronquitis, esofagitis o neumonitis por infección del Herpes Virus Zóster - HSV con inicio antes del primer mes de edad.
- Infección por Herpes zoster con al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma.
- Leiomiosarcoma.
- Neumonía intersticial linfocítica o hiperplasia linfocítica pulmonar compleja.
- Neuropatía.
- Nocardiosis.
- Fiebre persistente, mayor de un mes de evolución.
- Toxoplasmosis que inicia antes del primer mes de edad.
- Varicela diseminada.

#### **1.4.7.3.3 Categoría Clínica C: gravemente sintomático.**

Niño que presenta por lo menos alguna de las condiciones siguientes:

- Infección bacteriana grave, múltiple o recurrente (combinación de mínimo dos infecciones confirmadas con cultivo en un periodo de 2 años): septicemia, neumonía, meningitis, artritis séptica, osteomielitis o absceso de un órgano interno o cavidad corporal a excepción de otitis media, absceso mucoso, superficial o fístula de infecciones relacionadas con catéter.
- Candidiasis esofágica o pulmonar (tráquea, bronquios o pulmones).

- Coccidioidomicosis diseminada (extrapulmonar o en adición a pulmonar o nódulos linfáticos cervicales o iliares).
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis o isosporiasis con diarrea persistente de más de un mes.
- Infección por citomegalovirus después del primer mes de edad (en un sitio diferente a hígado, bazo, o nodos ganglios).
- Encefalopatía (con alguno de los siguientes hallazgos progresivos, presentes durante mínimo dos meses y sin causa origen diferente a infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH: retardo en el desarrollo psicomotor o neuropsicológicos; interrupción del crecimiento cerebral , microcefalia adquirida o atrofia cerebral demostrada por tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear (imágenes seriadas se requieren para menores de dos años); deficit motor simétrico adquirido con paresia, reflejos patológicos, ataxia o disturbio de la marcha.
- Infección por Herpes Virus Zóster - HSV que causa úlcera mucocutánea persistente mayor a un mes de evolución, bronquitis, neumonitis o esofagitis en niños mayores de un mes.
- Histoplasmosis diseminada extrapulmonar o adicional o pulmonar o nodos linfáticos iliares.
- Sarcoma de kaposi.
- Linfoma primario de cerebro o equivalente.
- Linfoma de Burkitt inmunoblástico o equivalente.
- Mycobacterium tuberculosis diseminado o extrapulmonar.
- Mycobacterium de otras especies o de especies no identificadas, diseminadas, extrapulmonar o desconocido.
- Complejo Mycobacterium avium o Mycobacterium kansasii diseminado, extrapulmonar o adicional a pulmonar, de la piel, cervical o a nodos linfáticos iliares.

- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (antes *P. carinii*)
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Septicemia recurrente por *Salmonella* no *typhi*
- Toxoplasmosis cerebral que aparece después del primer mes de edad.
- Síndrome de desgaste o emaciación en ausencia de una enfermedad concurrente que puede explicar los hallazgos de pérdidas de peso mayor de 10% del peso inicial, disminución en dos percentiles de la curva de peso para la edad [95, 75, 50, 25, 5] en un niño de un año; menor a percentil 5 en la curva de peso para la edad en dos mediciones consecutivas con una diferencia de 30 días. A esto se suma enfermedad diarreica crónica (dos deposiciones diarias por 30 días) o fiebre documentada intermitente o constante por más de 30 días.

#### **1.4.7.4 CRITERIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA – VIH**

Una de las mejores maneras de ayudar en la lucha contra la pandemia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH es a través de la detección precoz del virus, lo cual es muy importante para el individuo y la comunidad. Favorece el seguimiento del paciente, la prestación de servicio de salud oportunamente y permite realizar actividades de prevención a nivel comunitario. (52)

##### **1.4.7.4.1 PRUEBAS PARA DETECCIÓN**

Son aquellas que se utilizan para conocer el estado de la persona frente al virus. Dentro de ellas existen dos métodos para el diagnóstico:



**a. Métodos indirectos:**

**1.4.7.4.1.1 Pruebas presuntivas: ensayo inmunoenzimático (EIA).**

Las pruebas de tamizaje incluyen a las pruebas serológicas de ELISA (Inmunoabsorbencia ligada a enzimas) y las pruebas rápidas de detección. Estas deben realizarse siguiendo las recomendaciones del algoritmo 1, tanto en laboratorios clínicos públicos o privados.

Todo examen serológico independientemente del tipo de prueba a realizar debe ser ordenando por el médico tratante con consejería realizada por personal calificado y entrenado (profesionales de medicina, psicología u otro profesional con certificación), y aceptación de la realización de la prueba a través del consentimiento informado por escrito del paciente o su responsable según el caso.

En cuanto al uso de las pruebas rápidas en Colombia, este se rige de acuerdo a lo establecido en la Circular 063 de Septiembre de 2.007 y está recomendado para las poblaciones de difícil acceso a pruebas de Elisa convencional, en gestantes que no recibieron control prenatal y en las cuales se desconoce su estado serológico y cuando un trabajador se expone al riesgo de una infección con el virus por accidente laboral (52,61)

**1.4.7.4.1.2 Pruebas confirmatorias: western Blot (WB) o Inmunofluorescencia indirecta (IFI).**

Son pruebas altamente específicas y sensibles, que se utilizan para ratificar el resultado cuando las pruebas de tamizaje son repetidamente reactivas. Se utilizan los métodos de

Western Blot - W.B, o la Inmunofluorescencia indirecta - IFI, las cuales solo deben ser realizadas en los Laboratorios certificados por el Instituto Nacional de Salud.

Cuando se realiza una prueba confirmatoria pueden obtenerse los siguientes resultados:

- Western Blot - W.B positivo: Confirma la infección por el VIH.
- Western Blot - W.B negativo: Antes éste resultado se descarta la presencia de anticuerpos contra el VIH y Western Blot - W.B Indeterminado: se identifican algunas bandas que no corresponden al criterio mínimo de positividad mencionado, por lo que debe repetirse posteriormente.
- Western Blot-W.B negativo o indeterminado también puede observarse durante el período de ventana inmunológica (52)

A nivel de las pruebas de Laboratorio se tienen en cuenta los siguientes criterios para confirmar el caso de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA.

#### **1.4.7.5 DEFINICIÓN DE CASO**

La clasificación de caso se realiza con fines de notificación del evento al sistema de vigilancia en salud pública como se encuentra establecido en el protocolo de vigilancia en salud pública de VIH-sida del Instituto Nacional de Salud de Colombia. (52,61)

##### **1.4.7.5.1 Caso confirmado de VIH**

##### **Caso confirmado por laboratorio.**

Criterios de confirmación por laboratorio:

El caso se confirma a través de un Western Blot positivo: previo a dos (2) pruebas de tamizaje positivas o reactivas. (Como mínimo deben tomarse 2 muestras diferentes de sangre) en los mayores de 18 meses de edad.

**En los niños menores de 18 meses se debe realizar de la siguiente manera:**

Se utiliza la técnica de PCR del ARN del Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH la cual mide la cantidad de viriones ARN del VIH en la sangre periférica (carga viral). Esta mide la actividad de la enfermedad o de la efectividad de la terapia antirretroviral. Cuando se detectan niveles bajos (menor de 5.000 copias/ml) de ARN de Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH, estos pueden no ser reproducibles, por lo que deben ser interpretados con cautela, previa repetición de la misma.

Se realiza una primera carga viral al cumplir el primer mes de vida y **una segunda** a los seis meses de edad. Un primer test virológico por encima de 5.000 copias indica, con una elevada probabilidad que existe una infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH y debe confirmarse el diagnóstico mediante la repetición del test virológico en una segunda muestra inmediata. El seguimiento se hace a través del algoritmo para niños y niñas expuestos a infección VIH/Sida desde el nacimiento establecido según el Protocolo de Vigilancia en salud Pública VIH-Sida existente en Colombia.

**1.4.7.5.2 Caso confirmado de sida**

Caso Confirmado por el laboratorio de acuerdo con la edad, que sea clasificado en las categorías clínicas A3, B3, C1, C2 y C3. Ver Esquema 2. Este caso puede ser

la primera forma de notificación del caso de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencias Adquirida - VIH/SIDA o un nuevo reporte de caso, debido al cambio de estadio clínico.

#### 1.4.7.5.3 Caso confirmado de muerte por SIDA

Caso CONFIRMADO por laboratorio de acuerdo a la edad, cuya causa de muerte fue SIDA. (Este caso puede ser la primera forma de notificación del caso de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencias Adquirida - VIH/SIDA o un nuevo reporte de caso, debido al cambio de estadio clínico.

#### 1.4.7.5.4 Clasificación de la infección por VIH/Sida según su estadio

En personas mayores de 13 años, las categorías A1, A2,B1 y B2 incluyen a todos los individuos seropositivos asintomáticos (VIH positivo) y las categorías C1,C2;C3,A3 y B3, a los individuos positivos sintomáticos o con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA.

<b>Diagnóstico de asintomático o sintomático (SIDA) en mayores de 13 años</b>			
<b>N° de células Cd4/ml</b>	<b>Categoría Clínica</b>		
	A	B	C
<b>&gt;500</b>	A1	B1	C1
<b>200-499</b>	A2	B2	C2
<b>&lt;200</b>	A3	B3	C3

Fuente CDD 1944 - CDD 1999

Esquema No. 2 Diagnóstico de asintomático o sintomático (SIDA) en mayores de 13 años.(53)

En menores de 13 años, siguiendo la misma clasificación pero teniendo en cuenta las categorías inmunológicas específicas que se observan en los dos siguientes esquemas, se clasifica el caso como asintomático o SIDA.

<b>Diagnóstico de asintomático o sintomático (SIDA) en menores de 13 años</b>				
<b>Categorías inmunológicas</b>	<b>Categorías Clínica</b>			
	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>1 Sin evidencia de supresión</b>	N1	A1	B1	C1
<b>2 Supresión moderada</b>	N2	A2	B2	C2
<b>3 Supresión grave</b>	N3	A3	B3	C3

Fuente CDD 1944 - CDD 1999

Esquema No. 3 Diagnóstico de asintomático o sintomático (SIDA) en menores de 13 años.(53)

<b>Criterios para establecer la categoría inmunológica</b>						
<b>Categorías inmunológicas</b>	<b>Menor de 12 meses</b>		<b>1 a 5 años</b>		<b>6 a 12 años</b>	
	<b>CD4/mm3</b>	<b>%CD4</b>	<b>CD4/mm3</b>	<b>%CD4</b>	<b>CD4/m3</b>	<b>%CD4</b>
<b>1 Sin evidencia de supresión</b>	1500		1000		>500	
	>25		>25		>25	
<b>2 Supresión moderada</b>	750-1499		50-999		200-499	
	15-24		15-24		15-24	
<b>3 Supresión grave</b>	<750		<500		<200	
	<15		<15		<15	

Fuente CDD 1944 - CDD 1999

Esquema No. 4 Criterios para establecer la categoría inmunológica. (53)

#### 1.4.7.6 MARCO NORMATIVO

El estado a través del Ministerio de la Protección Social durante varias décadas ha venido implementado normas que reglamenten el manejo del virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA con el fin de poner frenos a ésta pandemia que nos afecta. A continuación se menciona la normatividad existente en Nuestro país Colombia. (30, 54,56)

#### **1.4.7.6.1 Ley 972 de 2005**

A través de la cual se establecen normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano en la población afectada por enfermedades ruinosas o catastróficas, dentro de las cuales se encuentra la infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA.

#### **1.4.7.6.2 Ley 1098 de 2006**

Es la que expide el código de infancia y adolescencia y en su Artículo 20 nos habla de los derechos de protección: Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: El contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de nacer, la transmisión del VIH-SIDA e infecciones de transmisión sexual.

#### **1.4.7.6.3 Decreto 1543 de 1997**

Reglamenta el manejo de la infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en nuestra nación.

#### **1.4.7.6.4 Decreto 3518 de 2006**

Por la cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.

#### **1.4.7.6.5 Decreto 2323 de 2006**

Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones.

#### **1.4.7.6.6 Decreto 3039 de 2007**

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

#### **1.4.7.6.7 Resolución 5261 de 1994**

Establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 74. Fijar como actividades y procedimientos de laboratorio Clínico, los siguientes:

- 19878 SIDA, anticuerpos VIH 1
- 19879 SIDA, anticuerpos VIH 2
- 19882 SIDA, antígeno P24
- 19884 SIDA, prueba confirmatoria (Western Blot, otros)
- 19653 Linfocitos CD4 (ayudadores)

#### **1.4.7.6.8 Resolución 3442 de 2006**

Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basados en evidencia para la Prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con el virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en el virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad renal crónica.

#### **1.4.7.6.9 Resolución 0002338 de 2013**

Establecen directrices para facilitar a los pacientes el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y el entrenamiento al personal que trabaja en los servicios de salud en relación al uso de pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS. (62)

#### **1.4.7.6.10 Acuerdo 117 de 1998**

Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

#### **1.4.7.6.11 Acuerdo 228 de 2.002**

Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.

#### **1.4.7.6.12 Acuerdo 306 de 2.005**

A través del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. Artículo 2- Numeral 3 Atenciones de Alto Costo: Garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos: infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH. El Plan cubre la atención integral necesaria del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el Síndrome y sus complicaciones

#### **1.4.7.6.13 Acuerdo 336 DE 2006**

Artículo 2: Incluir en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la Fórmula Láctea para suministrar a los Lactantes Hijos (as) de Madres VIH (+) durante los primeros 6 meses de edad, según lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH /SIDA.

#### **1.4.7.6.14 Acuerdo 380 DE 2007**

Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.



#### **1.4.7.6.15 Acuerdo 368 DE 2007**

Artículo 1°. Incluir en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado el Medicamento señalado a continuación, en el Listado IV “Principios Activos para uso Especializado, Grupo de Riesgos Catastróficos, SIDA” el cual será prescrito de acuerdo con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica Basadas en Evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH-SIDA adoptada mediante Resolución número 3342 de 2006 del Ministerio de la Protección Social. PRINCIPIO ACTIVO: Lopinavir + Ritonavir

#### **1.4.7.6.16 Acuerdo 008 de 2009**

Por medio del cual se aclaran y actualizan integralmente, los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, en relación a la APV como una actividad obligatoria dentro de la prestación de los servicios de salud”.

#### **1.4.7.6.17 Anexo técnico Res 769 de 2008**

Se adopta la norma técnica actualizada para la atención en ‘planificación familiar a hombres y mujeres, y se establece que el condón masculino de látex debe recomendarse y proveerse, como evento POS o POS-S y con cargo a los recursos UPC o UPC-S, para prevenir un embarazo y la transmisión de ITS/VIH/SIDA.

#### **1.4.7.6.18 Circular 063- Septiembre de 2.007**

la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH/SIDA, son obligatorias y deben estar garantizadas en todos los casos por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes EPS - EPS's, las Entidades Adaptadas, las entidades responsables de los Regímenes de Excepción y los Prestadores de Servicios de Salud, debiendo tener presente que su incumplimiento será objeto de las investigaciones y sanciones que en desarrollo

de las facultades de inspección, vigilancia y control adelanten las autoridades competentes

#### **1.4.7.6.19 Protocolo de Vigilancia en Salud Pública VIH-SIDA 2014**

En el se establece el seguimiento continuo y sistemático de la epidemia de el virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA, incluyendo la mortalidad por SIDA, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección, consolidación y análisis de los datos con el fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control de la enfermedad.

#### **1.4.8 COMPLICACIONES Y REPERCUSIONES DE TENER VIH**

Recibir el diagnóstico de cualquier enfermedad que amenace la vida es devastador. Pero las consecuencias emocionales, sociales y financieras de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencias Adquirida - VIH/SIDA pueden hacer que el afrontamiento de esta enfermedad sea especialmente difícil. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA es una enfermedad muy catastrófica porque las personas con VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que, en conjunto, constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. (63)

La falta de una cura existente para ésta enfermedad ha sido causa de rechazo por parte de trabajadores de salud y de la población en general (58). Este rechazo ocasiona exclusión social, pobreza, estigmatización, discriminación y encarcelamiento; ya que la vía más frecuente de transmisión, es la sexual. Es evidente la existencia de los prejuicios relacionados con la sexualidad. (64)

Uno de los aspectos que produce mayor sufrimiento en muchas de las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH es el denominado “SIDA social” consistente en la marginación o discriminación que sufren por parte de miembros de la población no infectada. (65)

Las personas por temor al estigma y a la discriminación no solicitan la realización de la prueba; o las que tienen un diagnóstico confirmado permanecen en silencio y no reciben el tratamiento. A esto se une la presencia de obstáculos en la prestación de los servicios de salud relacionados con el acceso a tratamientos de las enfermedades oportunistas y terapéuticas, o por miedo a las críticas no negocian medidas preventivas y el riesgo de infección para la pareja o persona con la que tengan contacto, es mayor. Estas razones son barreras y brechas que afectan la eficacia de la respuesta frente a la infección por el Virus de inmunodeficiencia humana – VIH. (66)

Las personas que conviven con VIH experimentan situaciones estresantes. El solo hecho de la toma de muestra para la realización de dicho examen genera alteraciones emocionales, con tiempo e intensidad variable. Una vez se les informa el diagnóstico, En un principio provoca un estado de choque y negación con pérdida de la autoestima, que puede cambiar a sentimientos de alienación como depresión (tristeza, apatía, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida de interés en las actividades, cambios en el apetito y el peso corporal, problemas para dormir, descuido personal y posiblemente pensamientos suicidas). La depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente en estos pacientes que en la población general y es una de las causas de comorbilidad psiquiátrica de mayor incidencia al momento del diagnóstico (67). Algunas incluso desarrollan ideas suicidas. En varias investigaciones se ha reportado que aproximadamente un quinto de la población afectada (19%) manifiesta esta idea suicida, y que aquellos

pacientes que reportan una mayor autoeficacia para afrontar la enfermedad son menos susceptibles a tales pensamientos. Otro sentimiento de alienación es la ansiedad, la cual es un sentimiento de pánico o aflicción que frecuentemente se acompaña de síntomas físicos, como sudoración, dificultad para respirar, taquicardia, agitación, nerviosismo, cefalea y pánico. (68)

La ansiedad puede coexistir con la depresión o ser vista como un desorden por sí misma, frecuentemente causada por circunstancias que producen temor, confusión o inseguridad. Cada persona que vive con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH y cada experiencia de ansiedad son únicas. También puede experimentar aislamiento de grupos sociales, pérdida de la pareja o del empleo, culpabilidad por la vida sexual pasada, aumento de la atención a síntomas o manifestaciones físicas, incertidumbre frente al futuro, indefensión y frustración, y percepción de la pérdida del control sobre sus vidas, ocurriendo un reajuste psicológico de ésta a los seis u ocho meses después de conocer el diagnóstico, tiempo en el cual se retorna a un mejor estado emocional. Este depende de factores psicosociales y de la enfermedad, así como de los rasgos afectivos positivo o negativo que tenga el paciente. (68)

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH afecta a ambos géneros (58) Sin embargo las mujeres son las más afectadas, lo que las convierte en una población vulnerable. Corren el riesgo de transmitir el virus a su hijo si quedan embarazadas y desconocen su estado serológico. Aunado a esto la falta de asertividad y situaciones de desigualdad social más frecuentes en madres solteras, separadas o divorciadas que las inhiben de solicitar el uso de preservativos a sus parejas, además de ser receptoras de penetración y continente del semen en las relaciones sexuales no protegidas. Este hecho hace que las mujeres están contrayendo la infección a edades más tempranas (15 y los

44 años) que los varones. Si la relación hombre-mujer en 1990 era de 10 a 1 a nivel mundial, actualmente está cerca de 2,5 a 1 lo que muestra que la epidemia se está feminizando. Además de lo anterior sufren la discriminación de género y la discriminación ocasionada por su seropositividad (69). Generalmente son estigmatizadas como transmisoras de la infección, lo que ocasiona: violencia familiar, abandono de la pareja, discriminación en su vida pública y privada, entre otros. En la cultura latina no solo se les discrimina socialmente, sino que también lo hacen a nivel político y laboral. (70)

La causa del contagio es un factor determinante que atenúa o recrudece la discriminación. Si fue infectada por su pareja estable, entonces es una víctima y se acepta un poco más, pero si es por su mala conducta (prácticas sexuales riesgosas en una soltera o infidelidad es una mujer casada) la condena o el rechazo se incrementa.

Una vez realizada la prueba diagnóstica para detección de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH existen tres tipos de implicaciones: Moral, legal y social. (60)

#### **1.4.8.1 Implicaciones morales**

Existen 2 tipos de implicación moral: la implicación moral del paciente al recibir el resultado y la responsabilidad moral del personal médico al informar este. Al recibir el resultado del examen de laboratorio con el resultado positivo al virus de inmunodeficiencia humana - VIH la persona que vive con el virus (PPVV) tiene la responsabilidad moral y legal con la sociedad de no transmitir de forma intencional la epidemia como se establece en el Decreto 1543 de 1997. (55)

Las investigaciones muestran como la mayoría de las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH intentan proteger a los demás para que no sean infectados, porque conocen el daño moral que esto implica. (60)

El personal de salud integrante del equipo de salud que conozca o brinde atención en salud a una persona que viva con el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH debe tener disposición para atender a estos pacientes con paciencia, amor y profesionalidad (guardar secreto profesional de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información relacionada con el caso). El médico o la persona a quien éste delegue, tienen el deber de informarle al paciente sobre el diagnóstico o si es el caso revelarlo solo a quien se establece en la norma. El paciente está obligado a informar dicho evento, a su pareja sexual y al médico tratante o al equipo de salud ante el cual solicite algún servicio asistencial para evitar la propagación de la epidemia y garantizar se le preste un tratamiento adecuado.

#### **1.4.8.2 Implicaciones legales**

La conjugación de la opresión humana por género y sexualidad ha dado origen a una nueva y completa área de violaciones de los derechos humanos, en aquellas personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH. Desde el inicio de la pandemia la desigualdad de derechos, el rechazo y la discriminación ha destruido la vida de millones de personas; las cuales han tenido que pasar por grandes situaciones psicológicas pasando desde el temor, el desprecio de la familia, pérdida del trabajo, hasta la negación a la atención en salud y muchas situaciones más que violaban sus derechos como ser humano y los lleva en muchos casos a la depresión, el estrés, la falta de autoestima y la desesperación. (60)

Debido a estas violaciones de derechos, la Sociedad Internacional se ha pronunciado. Es así como La Declaración del Compromiso sobre la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA, adoptada en 2001 por la Asamblea General de la ONU, llamó a todos los estados miembros a implementar "medidas fuertes para eliminar la discriminación contra personas con el virus o grupos vulnerables", pero casi tres de cada 10 países carecen de leyes o normas en ese sentido. Existen dos organismos internacionales que han intervenido en los asuntos jurídico-políticos relacionados con el tema del Virus de Inmunodeficiencia – VIH en los siguientes temas: 1) Confidencialidad, consecuencias de vivir con el virus (estigma, discriminación y violencia psicológica) que experimentan muchos pacientes con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA; 2) notificación a la pareja, derechos de un médico y un consejero social; y 3) competencias de los organismos gubernamentales en el manejo de la pandemia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA. Estos organismos son la Organización de las Naciones Unidas en su Programa Conjunto sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ONUSIDA) y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH). (60)

Existe una implicación legal a la cual se ven enfrentadas las mujeres embarazadas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH: Es el dilema del aborto, si después de conocer el diagnóstico positivo por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, no desea continuar con el embarazo y decide interrumpirlo. Existen países donde esto no es permitido legalmente. En Nuestro país se ofrece una intervención preventiva eficaz la cual ofrece una probabilidad

de transmisión con el suministro oportuno del protocolo (n=170) fue de 1,78% (IC95%: 0,37 a 5,13%). (56)

#### **1.4.8.3 Implicaciones sociales**

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH está causando en el mundo un impacto social desfavorable, porque se están infectando en edades más tempranas las mujeres que en los hombres, lo que significa que han desarrollado la enfermedad o han fallecido en plena edad de desarrollo laboral, intelectual y de procreación. (60,71)

La pandemia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH ha afectado a todas las clases sociales, siendo los más afectados las mujeres más pobres, por lo que se considera una enfermedad de la pobreza. El número de casos presentados son a nivel internacional desproporcionado y el impacto es grande ya que ocurren los despidos en los trabajos, no se tiene dinero para financiar el costo de los medicamentos antirretrovirales, y se imposibilita la crianza de los hijos o estos quedan huérfanos al morir los padres. (72)

Existen países tan pobres en donde la lactancia materna es el único alimento de los cuales dispone la madre para alimentar a su bebé. Esta situación se hace mucho más difícil para los profesionales de la salud y para las madres que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH, porque se debe entrar en conflicto en relación al bienestar del bebé.

Las extensas consecuencias de La pandemia de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencias Adquirida -



VIH/SIDA, son muy grandes y bastante conocidas. Entre ellas están la mortalidad directa, la caída en la esperanza de vida, consecuencias en las estructuras sociales y en la productividad económica. (73)

#### **1.4.9 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL VIH TANTO LOS QUE TIENEN VIH COMO LOS QUE ESTAN A RIESGO DE CONTRAER EL VIH**

##### **1.4.9.1 FACTORES Y CONDUCTAS ASOCIADAS AL RIESGO DE ADQUIRIR LA INFECCIÓN POR EL VIH**

Las características internas del individuo o externas del entorno se constituyen en factores de riesgo que incrementan la susceptibilidad a la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencias Adquirida - VIH/Sida. Los más asociados con el riesgo de infección son los relacionados con el comportamiento, los perinatales y los biológicos.

Existen grupos poblaciones que presentan mayor susceptibilidad a la infección. Estos son:

- Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH): hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), homosexuales y bisexuales, que aportan el 33.4% de todos los casos notificados al nivel nacional entre enero y septiembre de 1998.
- Los adolescentes y adultos jóvenes.
- Las mujeres en edad reproductiva.
- Las personas de estrato socioeconómico bajo.

- Las personas pertenecientes a algunos grupos sociales o étnicos minoritarios (mujeres transgénero, población habitante de la calle (PHC), Población Privada de la Libertad (PPL).
- Los trabajadores sexuales de ambos géneros.

Las personas habitantes de calle tienen tres veces más la probabilidad de morir por Infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en comparación a la población general: Presentan alto riesgo de fallecer prematuramente y sufrir una amplia gama de problemas de salud; situación que se ve acompañada por numerosas barreras tales como acceso a los servicios de salud, ya sea por falta de capacidad de pago y/o desconocimiento acerca de sus deberes, derechos y beneficios en salud. (74)

## **Factores condicionantes de la transmisión del VIH asociados al comportamiento**

### **Factores asociados a la transmisión sexual**

Las personas con vida sexual activa independientemente del género, o edad presentan mayor riesgo de adquirir la infección por ésta vía. En nuestro país es la vía más frecuente (97 % del total de casos) según las estadísticas existentes. Las exposiciones de riesgo para la transmisión sexual del VIH son las siguientes:

- Contacto genital desprotegido: Es decir, sin el uso del condón a través de las siguientes conductas de riesgo: contacto anal, el genital u oral con una persona a la cual no se le conozca su estado serológico.
- La presencia de las siguientes enfermedad de transmisión sexual - ETS (sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana) incrementan la probabilidad de infectarse, especialmente cuando se padecen ETS ulcerativas

en donde se daña la mucosa, se rompe la barrera natural y se favorece la entrada del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH al organismo.

- Consumo de drogas psicoactivas y alcohol (marihuana, bazuco, cocaína, heroína, alcohol, entre otras) incrementa la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH durante la relación sexual, porque se disminuye el control y la capacidad de juicio para que la persona se auto proteja.

Además de los factores mencionados anteriormente se mencionan a continuación otros factores de riesgo que influyen en la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, al asociarse con la conducta sexual de las personas:

- Higiene inadecuada pre y post-contacto genital.
- El grado de trauma asociado a la actividad sexual.
- El juego erótico post-eyaculatorio sin protección.
- El maltrato, abuso sexual, o violaciones.
- El hacinamiento, especialmente en las cárceles, y lugares de albergue.
- La falta de información y educación sexual apropiada.
- El pobre acceso a elementos preventivos, especialmente condones.
- La falta de apoyo emocional o psicológico a las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH para que eviten infectar a sus compañeros sexuales.
- Compañeros con comportamiento sexual desconocido.

## **Factores asociados a la transmisión sanguínea y parenteral**

Esta vía de transmisión es menos frecuente y se presenta cuando se tiene contacto con sangre o a través de transmisión parenteral. El riesgo se incrementa para las personas que han estado expuestas a:

- Transfusiones de sangre o derivados sanguíneos, o de transplantes de órganos que no han sido garantizados por el sello nacional de control de calidad de bancos de sangre.
- Prácticas de intercambio de agujas durante el consumo de drogas intravenosas, acupuntura, tatuaje, perforación de orejas, etc. con instrumentos no estériles.
- Accidentes laborales biológicos debido a la falta de educación en bioseguridad, carencia de elementos preventivos, exposición de piel no intacta o de mucosas o por punción percutánea con agujas o instrumentos contaminados con secreciones o líquidos corporales contaminantes de un paciente infectado. Dentro de éstas personas se encuentran los trabajadores de la salud: profesionales de enfermería, medicina, odontología, personal auxiliar, estudiantes, personal de cirugía, laboratorio clínico y banco de sangre; así como los trabajadores de servicios generales y otros servicios hospitalarios.

## **Factores de riesgo perinatales asociados a la transmisión del VIH Hijos de madres con SIDA.**

- Ruptura prematura de membranas en mujeres infectadas.
- Mujeres infectadas que no han recibido tratamiento con antirretrovirales.
- Inadecuado tratamiento con antirretrovirales en mujeres infectadas.
- Falta de acceso a los servicios de salud a mujeres infectadas durante el embarazo.

- Mujeres infectadas que amamantan a sus hijos con leche materna.
- Parto vaginal en mujeres infectadas.
- Mujeres infectadas sometidas a procedimientos invasivos durante el control prenatal (amniocentesis o cordocentesis). (52,72)

**Factores sexuales** (el inicio temprano de la actividad sexual, el no uso sostenido del condón, mayor número de parejas sexuales, prácticas sexuales de riesgo como son las relaciones sexuales hombre a hombre y uso de psicoactivos). (74,75)

**Nivel socioeconómico** (nivel de ingreso, género, edad, sexo comercial, padres fallecidos, familias extensas y ampliadas). (73)

**Socio-conductual** (normas sexuales de la comunidad, creencias de salud en la comunidad, normas conductuales y estigmas hacia las ITS, discriminación en la escuela y en la comunidad).

**Socio demográfico** (estructura de la población, desequilibrio en proporción al sexo, urbanización y fuerza laboral migratoria).

**Políticas** (infraestructura de salud pública, conflicto armado y políticas restrictivas).

**Epidemiológicos** (prevalencia de ITS y redes sexuales).

**Cuadro No. 1 Factores de riesgo asociado al VIH tanto para los que viven con VIH como los que están a riesgo de contraer el VIH.**

FACTORES CONDICIONANTES	FACTORES ASOCIADOS	EXPOSICIONES	OTROS FACTORES ASOCIADOS
	<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	Nivel de ingreso	
		Género	
		Edad	
		Sexo comercial	
<b>COMPORTAMIENTO</b>	<b>TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Normas sexuales de la comunidad	
		Comportamientos sexuales (conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA)	<p><b>Inicio temprano de la actividad sexual:</b> La higiene inadecuada pre y post-contacto genital. El grado de trauma asociado a la actividad sexual.</p> <p><b>El no uso sostenido del condón:</b> El juego erótico post-eyaculatorio sin protección. El maltrato, abuso sexual, o violaciones. El hacinamiento, especialmente en las cárceles y lugares de albergue. La falta de información y educación sexual apropiada. El pobre acceso a elementos preventivos, especialmente condones.</p> <p><b>Uso de psicoactivos</b></p> <p><b>Mayor número de parejas sexuales</b> La falta de apoyo emocional o psicológico a las personas que viven con VIH para que eviten infectar a sus compañeros sexuales. Compañeros con comportamiento sexual desconocido.</p>
		Creencias de salud en la	

	<b>SOCIO- CONDUCTUAL</b>	comunidad.	
		Normas conductuales y estigmas hacia las ITS	Estereotipos sobre la sexualidad.
		Culturales	Representaciones sociales del placer y la sexualidad.
			Roles de género.
			Estructura familiar.
			Inequidades económicas, de clase, raza o etnicidad.
			Organización social.
	<b>SOCIO DEMOGRÁFICO</b>	Estructura de la población.	
		Desequilibrio en proporción al sexo	
		Urbanización	
		Fuerza laboral migratoria	
	<b>POLÍTICAS</b>	Infraestructura de salud pública.	
		Conflicto armado	Violaciones de los derechos humanos, o las normas sociales y culturales.
		Políticas restrictivas	Calidad y cobertura de los servicios.
	<b>EPIDEMIOLÓGICOS</b>	Medios diagnósticos de ITS	
		Terapias para ITS	
		Prevalencia de ITS	
		Redes sexuales	
<b>TRANSMISIÓN SANGUÍNEA Y PARENTERAL</b>		Transfusiones de sangre o derivados sanguíneos, o de trasplantes de órganos	No garantizados por el sello nacional de control de calidad de bancos de sangre.
		Prácticas de intercambio de agujas	Durante el consumo de drogas intravenosas.
		Prácticas percutáneas	Personas sometidas a acupuntura,

			tatuaje, perforación de orejas, etc. con instrumentos no estériles.
		Accidentes laborales biológicos	Falta de educación en bioseguridad.
			Carencia de elementos preventivos, exposición de piel no intacta o de mucosas o por punción percutánea con agujas o instrumentos contaminados con secreciones o líquidos corporales contaminantes de un paciente infectado.
PERINATALES	PERINATALES ASOCIADOS A LA TRANSMISIÓN DEL VIH		Hijos de madres con SIDA.
			Ruptura prematura de membranas en mujeres infectadas.
			Mujeres infectadas que no han recibido tratamiento con antirretrovirales.
			Inadecuado tratamiento con antirretrovirales en mujeres infectadas.
			Falta de acceso a los servicios de salud en mujeres infectadas durante el embarazo.
			Mujeres infectadas que amamantan a sus hijos con leche materna.
			Parto vaginal en mujeres infectadas.
			Mujeres infectadas sometidas a procedimientos invasivos en el control prenatal(amniocentesis o cordocentesis).



#### **1.4.10 TENDENCIA DE LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD EN EL MUNDO Y EN COLOMBIA.**

La epidemia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana-VIH, ha experimentado numerosos cambios en su evolución. En un inicio, el número de casos de infección por el virus se presentó en homosexuales, pero posteriormente cambió e involucró al grupo heterosexual y aumentó el número de diagnósticos en mujeres; reflejando que la epidemia ha ido cambiando en su forma y composición. (75,76)

A finales del año 2011 había unos 34,2 millones de personas infectadas por el virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH en el mundo, según cálculos de la Organización Mundial de la salud - OMS y el ONUSIDA. Se presentaron unos 2,5 millones de nuevos casos de infección, y murieron por causas relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA 1,7 millones personas, entre ellos 230.000 niños. Se observan 700.000 nuevas infecciones menos que hace 10 años y 600.000 muertes menos que en 2005. Se estima que la epidemia ha causado más de 14 millones de huérfanos, los países más afectados son los de África en donde la esperanza de vida al nacer se ha reducido. (51, 75)

A nivel mundial, se estima que para el año 2012 vivían 35,3 (32,2-38,8) millones. Se notificaron 2,3 millones (1,9-2,7) millones de nuevas infecciones, lográndose una disminución de 33% en comparación al año 2001. El número de muertes también ha disminuido ya que pasó de 2,3 (2,1-2,6) millones en 2005 a 1,6 (1,4-1,9) millones en 2012. Para el año 2013 el número de personas que fueron infectadas declinó de 38% en 2001 a 13%. 240.000 niños fueron infectados. De todos los países existentes apenas 15 países suman más del 75 % de los 2,1 millones de nuevas infecciones por el VIH registradas en 2013. En todas las regiones del mundo hay tres o cuatro países que concentran la carga de la

epidemia. En África subsahariana, tan solo tres países, Nigeria, Sudáfrica y Uganda, suman el 48 % de todas las infecciones por VIH nuevas. (77)

A diferencia de otras enfermedades relacionadas con la pobreza, el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona sin distinción, siendo el género más afectado, las mujeres (representan la mitad de las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en todo el mundo); grupo de mayor riesgo, las personas jóvenes sexualmente activas y que se encuentran en las edades más productivas de sus vidas. A nivel mundial. En Europa Oriental y Asia Central se estima que había 1.7 millones de infectados en enero del 2004, Latinoamérica ocupa el cuarto puesto a nivel mundial en función de la tasa de prevalencia, y el tercero en cuanto al número total de personas diagnosticadas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA. África subsahariana alberga al 67% de todas las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH. (77)

La Unicef reporta, que Centroamérica es la sub-región más afectada por la epidemia de Virus de Inmunodeficiencia Humana- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA, después del Caribe, en la región de Latino América y el Caribe. De los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH cuatro están en Centroamérica, y tres de ellos tienen tasas de prevalencia superiores o iguales al 1% (con el 2,5% en Belice, con el 1,6 % en Honduras y el 0,9% en Guatemala). (17)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA es una de las primeras diez causas de muerte en tres de los seis países de Centroamérica (Honduras, Guatemala, Panamá). Se estima que en la actualidad hay en Centroamérica 208.600 personas que viviendo con Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH, 1.7 millones en América Latina y 250.000 personas en el Caribe. (17)

En Colombia, el primer caso fue reportado en la ciudad de Cartagena, en 1983, año en el cual se inició el proceso de notificación de casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA y muerte. En un principio se inicia la notificación en el Ministerio de Salud, (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) y desde el año 2000, está a cargo del Instituto Nacional de Salud con el apoyo de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social. (17)

La situación de la epidemia en Colombia es concentrada según, los criterios de clasificación en el mundo, ya que la prevalencia en una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad hombres que tienen sexo con hombres - HSH supera el 5% mientras que la prevalencia en mujeres gestantes, no es superior a 1%. La tendencia presenta un comportamiento creciente y la población más afectada es la que tiene entre de 25 y 34 años. Los grupos que presentan mayor vulnerabilidad y riesgo de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en Colombia, son los hombres que tienen sexo con hombres - HSH, trabajadores sexuales de ambos sexos, usuarios de drogas inyectables y usuarios de drogas de alto riesgo (CODAR), adolescentes, mujeres, (en especial mujeres gestantes), población privada de la libertad (PPL), población en situación de desplazamiento forzoso (PSDF) y habitantes de la calle (PHC)

Durante el periodo 1983, al 31 de diciembre de 2012, se reportaron 83.938 casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA y 10.633 fallecidos según los datos acumulados por lo que se observa un crecimiento sostenido del número de casos notificados, situación que se comporta igual tanto para hombres como para las mujeres. Para el año 2012 la participación fue del 72,16% para hombres, y 27,84% para mujeres, con una razón de masculinidad que desciende de 10:1 en la década de los noventa a 2,59 en el 2012. (17)

La epidemia tiene en cuanto a la distribución por sexo que el 74,6% son hombres y 25,3% mujeres, con un índice de masculinidad con tendencia descendente pasando de 10:1 en la década de los 90 a 2,5:1 para el año 2012. (52)

En relación a la edad el mayor número de casos se concentra en los grupos de edad de 25-49 años (71%), seguido de mayores de 50 años 8,4% y de 0-14 años con 2,3% de los casos. De todos los grupos el mayormente afectado es de 25-29 años con un 22% del total. 52)

En cuanto al mecanismo probable de transmisión el 45% corresponde a relaciones sexuales heterosexuales, seguido de relaciones homosexuales con 17%, 6% bisexuales, 2% perinatal, 0,2% por hemotransfusión y 0,1% por accidentes de trabajo. (52)

Al principio de la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA en Colombia el mayor número de casos se diagnosticaba en etapa tardía de la enfermedad. A partir del 2000 se incrementó el reporte de casos como Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH y desde el año 2009 hasta el año 2012 la relación fue de 4 casos de infección por

Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH por cada caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA. (52)

Al año 2012 el departamento con mayor proporción de incidencia por Infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH es el Atlántico y se presenta en Barranquilla con 50,6% en el 2012 y 33,9 en el 2011; seguido de Quindío con 29,31 en el 2011 y 28,4 en el 2012. (52)

De acuerdo a los estudios centinelas realizados en el país la prevalencia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en gestantes ha mostrado una tendencia creciente hasta el año 2003 (0,65%). Para el año 2009 fue de 0,22%, debido a las estrategias para la eliminación de la Transmisión materno infantil de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH – TMI implementadas a nivel nacional. (52)

La tasa de mortalidad por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA calculada según la fuente de DANE es de 4,76 por cada 100.000 habitantes, siendo para hombres de 7,3 y de 2,2 para mujeres por cada 100.000 habitantes. (17, 52)

Desde 1985 a 31 de diciembre de 2013, se observó una tendencia creciente de notificación pasando de 7624 casos en 2012 a 8208 en 2013, de los cuales el 72% fue hombre, para una razón de masculinidad de 2,6 hombres por una mujer con VIH/SIDA. El número de casos por cada 100.000 habitantes ha aumentado progresivamente mostrando una tendencia ascendente sin caída desde 2007 en el cual se notificaron 11,8 casos de VIH/SIDA en hombres y 5,7 casos en mujeres, para culminar periodo en 2013 con 25,6 casos para hombre y 9,4 casos para mujeres. El 20% de los casos tenían entre 25 y 29 años, seguido del grupo de

edad entre 20 y 24 años y en tercer lugar el grupo de 30 a 34 años. La Guajira presentó una tasa de 10,4 casos notificados por cada 100.000 habitantes. En el periodo de 1998 hasta el 2012, la tasa de mortalidad en hombres comienza con 6,8 defunciones por cada 100.000 habitantes, incrementándose al 2004 con 9,13 defunciones por cada 100.000 habitantes finalizando en el 2012 con una tasa de 7,35 defunciones. (78)

A nivel departamental, La Guajira presenta una prevalencia fluctuante en los últimos 7 años: 2005-2012 con cifras de 5 a 10 casos por cada 100.000 habitantes. En el año 2013 fue de 9,9 casos/100.000 habitantes. Según el estado clínico: 83,1% de VIH, 11,3% de Sida y 5,6% muertos. Para este mismo año se encuentran en el departamento 7,6 casos por cada 100.000 hab. Los municipios que presentan valores superiores al departamento son: Maicao con 18,1%, Distracción 13,0%, Fonseca 12,2% y Riohacha 10%.(16).Para nuestro municipio de San Juan del Cesar, se observa una tendencia a la baja desde el año 2006 al 2010 cuando no se presenta ningún caso. Luego presenta una tendencia al alza con una tasa de 109 para el año 2014.

Las tendencias de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH anteriormente mencionadas muestran el por qué ésta enfermedad se ha constituido en uno de los problemas de Salud Pública de más difícil abordaje y en uno de los mayores retos mundiales a efectos de lograr su prevención y control. Los esfuerzos que se hacen por combatir la enfermedad han unido a nivel mundial a los estados, diferentes organizaciones de cooperación internacional y sociedad civil. Siendo Colombia un país multiétnico y pluricultural, con características y condiciones especiales (en donde el NBI alcanza el 27.6%, el 49.2% de la población está por debajo de la línea de pobreza, el 5.3% en condiciones de miseria, 3.000.000 de personas en situaciones de desplazamiento y existe una

situación delicada de inseguridad), la presencia de factores de vulnerabilidad como lo son la intolerancia, el estigma, la discriminación y la violación de los derechos, incrementa los factores de riesgo y vulnerabilidad en los diferentes grupos de la población ante la presencia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH. Lo anterior atenta contra la libre determinación de estas personas y agrava la situación de las mismas generando condiciones propicias para que la epidemia continúe la expansión. (79)

Para poder entender lo anterior veamos algunas definiciones:

#### **1.4.11 DEFINICIÓN DE SALUD PÚBLICA**

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS), «Salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad ». Es una definición progresista, en el sentido que considera la salud no sólo como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también social. La definición reconoce, acentúa y subraya que las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y psicológico, sino también las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc.

#### **1.4.12 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.**

##### **Definición**

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que impactan sobre su salud, se relacionan con el contexto social e influyen en su estado de salud se llaman determinantes sociales. Estas son

originadas por las siguientes causas: distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, dependiente de las políticas públicas adoptadas susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas dirigidas a los riesgos individuales de enfermar. Estos determinantes reflejan las inequidades sanitarias existentes en el país y entre los países del mundo entero. (75)

### **Valor y objetivo fundamental de salud pública: la equidad en salud**

Uno de los objetivos centrales en los sistemas de salud de las naciones es lograr la equidad en salud, por lo que se requiere analizar los determinantes sociales. Equidad en salud significa que no existen diferencias injustas, evitables o remediabiles en salud (acceso, financiamiento y/o distribución) entre los grupos o poblaciones existentes en la localidad. La inequidad significa falta de actuación para evitar estas diferencias.

Según la Comisión de Determinantes mucho más importante que la atención en salud (Servicios de atención en salud), son los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud. (80)

## **MODELO DE DETERMINANTES DE LA SALUD**

### **1.4.13 MODELO DE DAHLGREN Y WHITEHEAD**

DAHLGREN Y WHITEHEAD Explican como las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, y al nivel de políticas de salud nacionales. Señala cuatro niveles interrelacionados hacia los cuales pueden dirigirse las políticas:





Esquema No.6 Modelo Dahlgren y Whitehead. (81)

Acheson adopta el modelo de Dahlgren y Whitehead en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña. En él se muestran los principales determinantes de la salud como capas de influencia. (Esquema N°6)

Se encuentra distribuido de la siguiente manera:

En el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales o innatos que afectan a su salud pero que no son cambiables (edad, género y los factores hereditarios) (81). Alrededor se encuentran los determinantes modificables (estilos de vida individuales), influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos. En la capa más externa se ubican los factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. (80)

**Justificación de la elección del modelo de determinantes.** Las condiciones sociales en que vive una persona influyen en su estado de salud. Las grandes desigualdades que existen entre los países y en los países se deben a factores determinantes tales como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral lo que influye en la morbilidad y mortalidad de sus habitantes. La inequidad en cuanto al acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en conjunto incrementan dos veces más en las personas socialmente desfavorecidas, el riesgo de enfermarse y fallecer prematuramente, que aquellas personas que tienen una situación social favorecida. A pesar de la riqueza, conocimientos, sensibilidad e interés que se observan en el sector salud actualmente, las inequidades no han disminuido; lo contrario ha aumentado, por lo que se requiere fomentar la equidad sanitaria a través de nuevas estrategias de acción.

La inequidad existente, hace más vulnerable a la población, de infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH, ya que existen factores determinados por el nivel socioeconómico que reducen su capacidad para evitar el riesgo de infección. Dentro de estos factores se pueden mencionar: (a) falta de conocimientos y habilidades necesarias para auto protegerse y proteger a los demás, (b) factores inherentes a la calidad y cobertura de los servicios (por ejemplo, falta de acceso a servicios por la distancia, costo u otros factores), y (c) factores sociales como violaciones de los derechos humanos, o las normas sociales y culturales estigmatizantes que limitan el acceso, la prevención, tratamiento, atención y servicios de apoyo y productos básicos. El comportamiento entre los grupos vulnerables influye en la existencia o ausencia del riesgo de infección, por lo que se hace necesario analizar las conductas individuales, factores ambientales y sociales inmediatos, el impacto familiar y comunitario. Las

relaciones de poder y las desigualdades sociales incrementan el riesgo de la infección tal como ocurre en las poblaciones de bajo nivel socioeconómico en donde por ejemplo se ha observado que las personas pueden ofrecer transacciones sexuales o tener relaciones sexuales riesgosas sin medidas preventivas o de protección. Situaciones como estas exigen el abordaje de los factores subyacentes tales como la participación laboral, que determina su calidad de vida por sí misma y le genera ingresos (82), por lo que influye de manera directa en las conductas de riesgo que tienden a mantenerse y muestran dificultad para cambiar. En resumen, la identificación de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH, la comprensión de los factores de riesgo, así como factores determinantes de la vulnerabilidad de las poblaciones, en particular los determinantes económicos, sociales, culturales, y los asociados a los servicios de salud , que impactan la calidad de vida y la esperanza de vida la persona que vive con el virus, puede ayudar a orientar la utilización de recursos para el desarrollo de estrategias de prevención. (75,82)

De todos los modelos existentes escogí el de Dahlgren y Whitehead por su simplicidad y clara visualización gráfica de los determinantes sociales. En Nuestro país Colombia, la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana-VIH está relacionada con la desigualdad en las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres, la cual está influenciada por factores como: Educación sexual deficiente, estilo de comportamiento, (valores, creencias, tabúes; patrones de cultura machista, falta total de involucramiento, ignorancia, concepciones erradas sobre la infección), y que ayudan a la expansión de la enfermedad en grupos más vulnerables (mujeres, los adolescentes y jóvenes y la población de las áreas marginales) (83). En Colombia contrario a lo que se considera creencia popular, cada vez más la transmisión por relaciones sexuales heterosexuales y la

tendencia a la feminización son mayores, pues se pasó de 11.2 a 2.8 en el periodo comprendido entre 1985 y 2004 (78).

Por lo anteriormente mencionado en nuestro País se hace necesario reducir las inequidades a los cuales se encuentran expuestos los pacientes que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana – VIH o que han desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA. Para la reducción de las inequidades existentes se requiere de la cooperación de todos los sectores gubernamentales: sector salud, político, la academia, organizaciones sociales, empresarios e instancias de la sociedad civil. Además se hace necesario revisar las políticas de salud con el fin de intervenir las causas de las causas y no basarlas solo en lo curativo o tratamiento de las enfermedades, pues los resultados obtenidos han sido insuficientes y por el contrario los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado. Dentro de las intervenciones mencionadas se debe disminuir las exposiciones y vulnerabilidades, mejorar el acceso a servicios, disminuir las consecuencias gracias a acciones sectoriales, realizar cambios en la estratificación social, promocionar la participación ciudadana en las decisiones y la acción intersectorial, y contar además con la evidencia para sustentar acciones efectivas. (75, 84,85)

Gilmara Holanda da Cunha muestra en su estudio que no son suficientes las políticas existentes y que los determinantes sociales de la salud deben ser considerados para poblaciones en las cuales, el Virus de Inmunodeficiencia Humana-HIV se está diseminando (82,86). Su estudio permite entender el contexto en el cual están insertadas las personas con HIV/SIDA, ya que así la vida de esos individuos pasa a ser vista desde un ángulo multidimensional y las intervenciones pueden ser más efectivas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad. (86)

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 DISEÑO

Teniendo en cuenta el objetivo general planteado se decidió realizar un estudio observacional descriptivo, de análisis de tendencia y variables sociodemográficas-epidemiológicas para el periodo 2005-2014 debido al desconocimiento de la situación del VIH/SIDA en los pacientes que solicitan los servicios a la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael Nivel II.

La información para este trabajo procede de fuentes secundarias de la ficha epidemiológica INS N° 850 cuyos datos se recopilan en una base de datos existente en la ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar.

### 2.2 POBLACIÓN

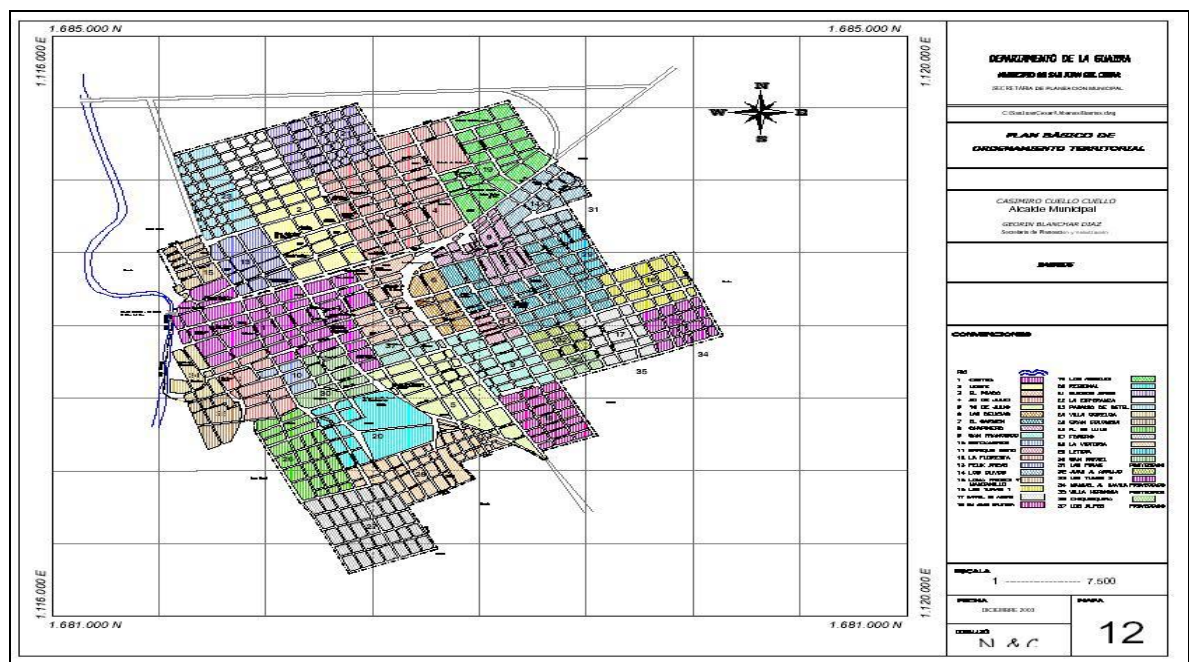
**2.2.1 Área.** El estudio fue ejecutado en la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael, ubicada en el municipio de San Juan de Cesar situado al norte del país en el Departamento de La Guajira.

#### **Ubicación y localización geográfica**

La Empresa Social del estado Hospital San Rafael se encuentra ubicada en la cabecera municipal del municipio de San Juan del Cesar en la parte sur Barrio Regional. Es una institución de segundo nivel el Departamento y ofrece servicios de mediana y alta complejidad, por lo que son remitidos a dicha institución pacientes de otros municipios del departamento y de los departamentos vecinos. Los servicios que presta son los siguientes: **Servicios de mediana complejidad** de Urgencias las 24 horas del día, Servicio de Hospitalización, Servicio de Cirugía

y Sala de parto, Ginecobstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Neumología, Ortopedia y Traumatología, Anestesiología, Urología, Oftalmología, Gastroenterología, Otorrinolaringología, Neurología, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Dermatología, Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional, Radiología e Imágenes Diagnosticas las 24 horas, Transporte asistencial básico-medicalizado y Servicio de Farmacia las 24 horas.

**Baja complejidad** se prestan servicios de Consulta Médica General, Odontología, Fisioterapia, Psicología, Nutrición, Promoción y Prevención, Cito patologías, Colposcopias y Toma de muestra para Laboratorio Clínico. (84)



Esquema No.7 Ubicación geográfica de la ESE Hospital San Rafael del municipio de San Juan del Cesar en el departamento de La Guajira. (84)

Para el año 2014 el número de usuarios atendidos fue de 138.265 de los cuales 46.817 (33,86%) fueron hombres y 91.448 (66,14%) mujeres. El estudio estimará

la tendencia del evento Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA desde 2005 a 2014.

### **2.2.2 Población**

Registro de los casos detectados y confirmados para el Virus de Inmunodeficiencia Humana que acudieron a la Empresa Social del estado Hospital San Rafael de San Juan del Cesar, procedentes de los diferentes municipios del Cesar, La Guajira, Magdalena y otros más que remiten sus pacientes al Hospital San Rafael, reportados a SIVIGILA y que cumplieron con los requisitos de notificación del sistema de vigilancia en salud pública, de acuerdo con la ficha No. INS 850. Se revisan 102 casos diagnosticados como seropositivos por Elisa o Western Blot durante la década 2005 a 2014.

## **2.3 INSTRUMENTO**

Los instrumentos empleados que hacen parte del presente estudio fueron la base de datos realizada en Excel para el monitoreo del Programa del VIH-SIDA de la ESE Hospital San Rafael Nivel II, con corte de Diciembre de 2014; las fichas epidemiológicas diligenciadas para la realización de las pruebas de ELISA para VIH y los Registros de prestación de servicios-RIPS diligenciados por profesionales de la salud. Para los cálculos poblacionales se utilizaron valores poblacionales entregados por la Secretaría de Planeación de La Guajira, Centro de Información Estadística (CIE), basados en proyecciones DANE 2005.

## **2.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACION**

La recolección de la información fue realizada a través de una base de datos que tiene la ESE Hospital San Rafael la cual es alimentada a través del Sivigila, datos

del Laboratorio cada vez que resultaba una prueba reactiva por ELISA para detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA o cuando la Secretaría Departamental de Salud a través del Laboratorio de Salud Pública nos enviaba el resultado de las pruebas confirmatorias para dicha patología.

Las fichas epidemiológicas y la tabla de Excel reposan en el archivo del Laboratorio Clínico de la Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Rafael. Una vez se estableció la necesidad de realizar la investigación seleccionada se solicitó permiso a la Institución para la realización de la misma.

## **2.5 ASPECTOS ETICOS**

Este estudio obtuvo la aprobación del Comité de ética en investigación de la Universidad del Norte. Esta investigación se clasifica sin riesgo de acuerdo a la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de salud (Artículo 11) debido a que se trabaja con datos recogidos de fuente secundaria a través de un estudio retrospectivo. Ver carta de aprobación Anexo N° 1.

## **2.6 CARACTERIZACION DE LAS VARIABLES**

### **2.7.1 Variables de estudio**

El abordaje del presente estudio se realizó teniendo en cuenta las variables proporcionadas por la Ficha Epidemiológica implementada a nivel Nacional por el Instituto Nacional de Salud de Vigilancia para VIH/SIDA. A partir de este documento se procedieron a identificar las variables necesarias para el logro de los objetivos.



Después de seleccionadas las variables de estudio y la depuración de la base de datos, se hizo la categorización (nombre de variable, tipo de variable, definición). El programa de Microsoft Office Excel las variables se organizaron en columnas y los registros se codificaron según la estandarización realizada. A las variables se les aplicó análisis univariado y bivariado al que se hizo la respectiva exclusión según su valor p dentro del modelo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentan las variables que hacen parte del estudio:

<b>Variable dependiente</b>	<b>Casos reportados al sistema de vigilancia en salud pública de VIH confirmado desde al año 2005 a 2014.</b>
<b>Variable independiente (determinantes sociales de la salud de tipo sociodemográficos)</b>	Sexo Edad Municipio Ocupación Estado civil Régimen de afiliación Nombre de EPS
	<b>Características hospitalarias y diagnósticas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fecha de muestra</li> <li>- Fecha de entrega de resultados</li> <li>- Servicio</li> <li>- Estado de gravidez</li> <li>- Prueba de tamizaje realizada</li> <li>- Nombre de prueba confirmatoria</li> <li>- Resultado de prueba confirmatoria</li> </ul> <b>Características epidemiológicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de virus</li> <li>- Caso</li> <li>- Mecanismo probable de transmisión</li> <li>- Condición actual</li> </ul>

**TENDENCIA DE LA MORBIMORTALIDAD DE VIH/SIDA:** esta variable dependiente, es medida a través de la revisión de las fichas epidemiológicas de los casos reportados al sistema de vigilancia en salud pública de VIH confirmado desde al año 2005 a 2014. Estas fichas constaban de datos básicos, antecedentes

epidemiológicos, diagnóstico de laboratorio, otros antecedentes del paciente, información clínica.

Los datos básicos son los relacionados con las características sociodemográficas y las de atención hospitalaria. Son preguntas diligenciadas para todas las patologías de Vigilancia epidemiológica que requieren de notificación al SIVIGILA.

## **CRITERIOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**SEXO:** Característica natural o biológica que definen a los pacientes en hombres o mujeres.

Esta variable se analizó de la siguiente forma:

1= Hombre

2= Mujer

**EDAD:** Años de vida que tiene el paciente al momento de la notificación. La edad se realizó a través de las respuestas dadas a la pregunta de la ficha: Edad en años cumplidos día, mes y año de nacimiento.

Los resultados fueron organizados por intervalos de edad por decenios de la siguiente manera:

1= 0-9 años

2= 10-19 años

3= 20-29 años

4= 30-39 años

5=40-49 años

6=50-59 años

7= 60 y más

**MUNICIPIO:** Es la entidad administrativa o territorio claramente definido en donde habita el paciente al momento de la notificación.

Para esta variable se tuvieron en cuenta los diferentes municipios de procedencia de los casos tanto de La Guajira como de otros departamentos.

- 1= Riohacha
- 2= Dibulla
- 3= Uribia
- 4= Manaure
- 5= Albania
- 6= Maicao
- 7= El Banco
- 8=Hatonuevo
- 9= Barrancas
- 10= Fonseca
- 11 Distracción
- 12= San Juan del Cesar
- 13= El Molino
- 14= Villanueva
- 15= Urumita
- 16= La Jagua del Pilar
- 17= Valledupar
- 18= Cartagena

**OCUPACIÓN:** Tipo de trabajo en que se desempeña el paciente, y que le genera recursos económicos. Para esta variable se utilizaron los diferentes trabajos desempeñados por los pacientes incluidos en el estudio.

- 1= Ama de casa
- 2= Oficios varios
- 3= Conductor
- 4= Soldado
- 5= Empleada doméstica
- 6= Comerciante
- 7= Albañil
- 8= Latonero
- 9= Prostituta
- 10=Estilista
- 11=Desempleado
- 12= Agricultor
- 13=Arquitecto
- 14= Vendedor
- 15= Artesano
- 16= Estudiante
- 17= Docente
- 18= Mototaxista
- 19= Técnico en refrigeración
- 20= Ayudante de albañilería
- 21= Administrador de hotel
- 22= No aplica
- 23= Se desconoce

Se recodificó esta variable de la siguiente manera:

1= Algún tipo de empleo

2= Sin empleo

3= No Aplica

4= Se desconoce

**ESTADO CIVIL:** Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.

Esta variable se analizó de la siguiente forma:

1= Casado

2= Soltero

3= Unión libre

4= Separado/divorciado

5= Viudo

6= No Aplica

Se recodificó esta variable de la siguiente manera:

1= Con pareja

2= Sin Pareja

3= No Aplica

**REGIMEN DE AFILIACIÓN:** Se refiere al régimen al cual se encuentra afiliado el paciente, para su atención en salud. Para la organización de los datos fueron recodificados según lo establecido en la ley 100.

1= Contributivo

2= Subsidiado

3= Excepción

- 4= Especial
- 5= No Afiliado
- 6= Se desconoce

**NOMBRE DE EMPRESA PRESTADORA DE SALUD - EPS:** Entidad promotora de Salud en Colombia, en la cual se encuentra afiliado el paciente al momento de la notificación.

- 1= Mutual ser
- 2= Comfaguajira
- 3= Dusakawi
- 4= Cajacopi
- 5= Ejército nacional
- 6= Comparta
- 7= Cajasalud
- 8= Anas wayuu
- 9= Salud vida
- 10= Humanavivir
- 11= Comfamiliar de Bolívar
- 12= Población no asegurada
- 13= Comparta
- 14= Caprecom
- 15= Comfacor
- 16= Desplazado
- 17= Coomeva
- 18= Saludcoop
- 19= Se desconoce

**CARACTERÍSTICAS HOSPITALARIAS Y DIAGNÓSTICAS:**

**RECODIFICACIÓN FECHA DE MUESTRA / FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS:** Debido a la falta de datos en la columna entrega de resultados se recodifica según el tiempo transcurrido entre la toma y entrega de resultados.

Para la organización de los resultados se tuvo en cuenta si se desconoce su resultado.

1= Oportuno

2= Inoportuno

3= Se desconoce.

**SERVICIO:** Lugar de atención del paciente desde donde se solicita la realización de la prueba de Elisa para VIH.

Esta variable se analizó de la siguiente forma:

1= Urgencias

2= Hospitalización

3= Consulta Externa

4= UCI

5= Banco de Sangre

**ESTADO DE GRAVIDEZ:** Estado de embarazo confirmado a la paciente a través de prueba de laboratorio y de ecografías. Se definió en base a la respuesta encontrada en la fuente secundaria de la siguiente manera:

1= SI

2= NO

**PRUEBA DE TAMIZAJE REALIZADA:** Pruebas de tamizaje realizada para el diagnóstico presuntivo que incluyó las pruebas serológicas de ELISA y las pruebas rápidas de detección. De acuerdo a la técnica empleada así fue reportada por el Laboratorio Clínico.

1= Elisa

2= Prueba rápida

**NOMBRE DE PRUEBA CONFIRMATORIA:** Prueba serológica utilizada para la confirmación de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH a través del Western Blot - W.B, o de la Inmunofluorescencia indirecta - IFI, la cual solo debe ser realizada en los Laboratorios certificados por el Instituto Nacional de Salud y cuando la prueba de Elisa es reactiva.

Para la organización de los resultados se tuvo en cuenta si se desconoce su resultado o si no se hizo la prueba.

1= Western Blot

2= IFI

3= Se desconoce

4= NO SE HIZO

**RESULTADO DE PRUEBA CONFIRMATORIA:** Dato a través del cual se confirma o descarta el caso identificado con la prueba de Elisa.

Para la organización de los resultados se tuvo en cuenta si además en inconcluyente o si se desconoce su resultado.

1= Positiva

2= Negativa



3= Inconcluyente

4=Se desconoce

## **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS**

**TIPO DE VIRUS:** Virus de Inmunodeficiencia humana que son genética y antigénicamente diferentes y se detectan a través de las pruebas confirmatorias.

Para su uso se tuvo en cuenta si se desconocía el nombre del tipo de virus o si resultaba ser negativa la prueba confirmatoria, se confirmaba el año de existencia del mismo.

1= VIH 1

2= VIH 2

3= Se desconoce

4= Ninguno

**CASO:** Definido por el médico tras el cumplimiento de criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio establecidos por la CDC.

Se utiliza la variable de la siguiente forma:

1= Confirmado

2= Descartado

3= Se desconoce

**MECANISMO PROBABLE DE TRANSMISIÓN CONDICIÓN ACTUAL:** Vía de infección del paciente definida por el médico tras interrogación al momento de elaborar la ficha e historia clínica.

Se organiza la información según criterios establecidos por el Instituto Nacional de Salud, de la siguiente manera:

1= Heterosexual

2= Homosexual

3= Materno

4= Parenteral

5= Descartado

**CONDICIÓN ACTUAL:** Estado de vida del paciente al realizar el diagnóstico del paciente

1= Vivo

2= Muerto

3= Se desconoce

### **2.7.2 Operacionalización de las variables**

Se realizó teniendo en cuenta la información anterior relacionada con la definición de las variables utilizadas en el estudio. (Ver Anexo 3).

## **2.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS**

El análisis se realizó acorde al tipo de estudio, y de acuerdo al objeto de la investigación. Se hizo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (sexo, zona de procedencia, municipio de residencia, ocupación, estado civil, condición actual, régimen de afiliación, nombre de entidad aseguradora de planes de beneficios), las Variables relacionadas con la prestación de servicios de salud y apoyo diagnóstico (servicio, estado de embarazo, nombre y resultado de la prueba confirmatoria) así como las variables relacionadas con las características clínicas (tipo de virus, Caso, mecanismo probable de transmisión, estado de salud)

teniendo en cuenta la naturaleza y escala de medición, a través de frecuencias absolutas, relativas y chi cuadrado para las variables cualitativas y cuantitativas agrupadas. Para la variable cuantitativa edad se usó además de las frecuencias absolutas y relativas, la frecuencia acumulada, medidas de tendencia central y dispersión: media, mediana y coeficiente de variación.

Las variables de tendencia se analizaron utilizando frecuencia absoluta, relativa, acumulada, chi cuadrado, tasas de mortalidad y letalidad.

Se utilizó hardware marca Apple de 16GB. Se digitaron los datos en una hoja de cálculo Microsoft Excel y el análisis se realizó con el software statistical package for social sciences IBM-SPSS 21 v *Español*.

Con el objeto de controlar los sesgos de digitación, se revisó la base de datos verificando que todos los datos estuvieran completos y codificados.

A continuación se presentan los resultados de la investigación de acuerdo a los objetivos a través, de un análisis univariado y bivariado representando por la prueba de Chi cuadrado. Se transformaron algunas variables como: ocupación, estado civil y régimen de afiliación para el análisis bivariado. La presentación se hará de la siguiente manera:

Resultados 1. Determinar el comportamiento de variables sociales relacionadas con la salud de tipo sociodemográficos (sexo, edad, municipio, ocupación, estado civil, régimen de afiliación y entidad promotora de salud) de los usuarios con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - que asisten a la Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar.

Resultados 2. Caracterizar las variables relacionadas con la prestación de servicios de salud y apoyo diagnóstico (fecha de muestra, fecha de entrega de resultados, servicio, estado de embarazo, prueba de tamizaje, nombre de prueba confirmatoria, resultado de prueba confirmatoria).

Resultados 3. Determinar el comportamiento epidemiológico de las variables relacionadas con las características clínicas (tipo de caso, mecanismo probable de transmisión y condición actual) de los usuarios con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA que asisten a la Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar.

Resultados 4. Estimar la tendencia de los años objeto de estudio de casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA asistidos en la Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar Nivel II.

## **RESULTADOS**

La ficha epidemiológica INS N° 850 fue diligenciada en 102 sujetos con sospecha clínica de Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH y Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida – Sida una vez el médico tratante les solicitó la prueba de Elisa para VIH.

### **3.1 Comportamiento de variables sociales relacionadas con la salud de tipo sociodemográficos**

Del año 2005 hasta el 2014 se han notificado al Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA de la ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar 102 casos nuevos, de los cuales el 53% son hombres y 47% mujeres. En siete de los diez años la mayor frecuencia de casos se presenta en los hombres y solo en tres años (2005, 2006 y 2011) en las mujeres. Durante el año 2011 se presenta la mayor frecuencia para hombres y mujeres. Se observa en la mayoría de los años la diferencia mínima de casos entre los hombres y mujeres a excepción de los años 2009 y 2012 donde es de 2 y 3 casos respectivamente. (Tabla 2, Anexos 11 y 12)

**Tabla 2. Frecuencia por año y sexo Casos de VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-casos-año. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**

<b>AÑO</b>	<b>HOMBRES n (%)</b>	<b>MUJERES n (%)</b>	<b>RAZÓN H/M</b>
<b>2005</b>	3 (42,9)	4 (57,1)	1
<b>2006</b>	3 (42,9)	4 (57,1)	1
<b>2007</b>	6 (50,0)	6 (50,0)	1
<b>2008</b>	4 (57,1)	3 (42,9)	1
<b>2009</b>	6 (60,0)	4 (40,0)	2
<b>2010</b>	4 (57,1)	3 (42,9)	1
<b>2011</b>	10 (47,6)	11 (52,4)	1
<b>2012</b>	5 (71,4)	2 (28,6)	3
<b>2013</b>	7 (54,0)	6 (46,0)	1
<b>2014</b>	6 (54,5)	5 (45,5)	1
	54 (52,9)	48 (47,1)	1
<b>Chi cuadrado –p</b>	<b>2,12 (p=0,98)</b>		

En cuanto a su distribución por grupos de edad según decenios en el grupo de 0 a 9 años se presentaron 2 y 1 caso en los años 2011 y 2013 respectivamente. En la población de 10 a 19 años la mayor frecuencia se presentó en el año 2011. En el grupo de 20 a 29 años desde el inicio del periodo hasta el 2010 la frecuencia de casos tuvo una tendencia decreciente, presentándose durante el año 2011 el mayor número de casos. Para el grupo de 30 a 39 años el número de casos presentó fluctuaciones hasta el año 2009 observándose estable en los dos años siguientes con tendencia al ascenso entre 2012 y 2013. En el grupo de 40 a 49 años el número de casos presentó fluctuaciones entre 1 y 3 casos siendo el año 2009 en donde la proporción fue mayor. En la población con edades comprendidas entre 50 a 59 años se observa una disminución del número de casos a partir del año 2011. (Tabla 3)

Al analizar el estudio por quinquenios se observa que al agregarlos los casos notificados con VIH y SIDA se concentran principalmente en el grupo de edades entre los 20 y 49 años, siendo la mayor proporción de casos para el grupo de 30 a 39 años (35,3%) seguido del grupo de 20 a 29 años (34,3%). Sin agregar los grupos quinquenales, el que mayor número de casos aporta es el de 20 a 24 años (20,6%) seguido de 30 a 34 y 35 a 39 años con (17,6%). En edades posteriores la frecuencia disminuye paulatinamente. Cabe señalar que solamente el 6,9% de los casos identificados ocurrieron en personas de 50 años y más, mientras que el restante correspondió a los de 0 - 14 años con 2,9%. Lo anterior probablemente a que a en estas etapas cronológicas la vida sexual es menos activa. De los 102 casos notificados durante el periodo la edad mínima de casos está en 2 meses y la máxima en 59 años. El promedio de edad fue de  $31,5 \pm 11,3$  años en estos pacientes y oscila entre 19,7 y 43,3. La mediana de edad al diagnóstico de VIH fue de 30 sin diferencias por sexo. (Tabla 4 y Anexo 13)

Teniendo en cuenta las variables sexo y edad se observa que la mayor frecuencia de casos se observa en los hombres, y el grupo mayormente afectado es el de 35 a 39 años. En las mujeres la mayor frecuencia se observó en el grupo de 20 a 24 con 11 y 12 casos. En relación a la variable edad, en el grupo de 30 a 34 y 35 a 39 las frecuencias fueron iguales (18 casos), al igual que los grupos 5-5, 10-14 y 60 o más en donde no se presentó ningún caso. Del grupo de 0 a 34 años la mayor proporción se observó en las mujeres y a partir de los 35 años y hasta 60 o más en los hombres. Del total la mayor proporción 100% fue en hombres de 40-44 años, seguido del grupo de 0-4 años (66,7%) en las mujeres. (Tabla 5)

**Tabla 3. Frecuencia de casos de VIH-Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-edad. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**

AÑO	GRUPO DE EDAD							TOTAL
	0-9 n (%)	10-19 n (%)	20-29 n (%)	30-39 n (%)	40-49 n (%)	50-59 n (%)	60 y más n (%)	
2005	0	0	5 (71,4)	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	7
2006	0	1 (14,3)	4 (57,1)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7
2007	0	2 (16,7)	4 (33,3)	3 (25,0)	0 (0,0)	3 (25,0)	0 (0,0)	12
2008	0	0	3 (42,9)	2 (28,6)	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	7
2009	0	0	2 (20,0)	5 (50,0)	3 (30)	0 (0,0)	0 (0,0)	10
2010	0	0	1 (14,3)	3 (42,8)	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0,0)	7
2011	2 (9,5)	4 (19,0)	9 (42,9)	3 (14,3)	2 (9,5)	1 (4,8)	0 (0,0)	21
2012	0	0	0	5 (71,4)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	7
2013	1 (7,7)	0	3 (23,0)	8 (61,5)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	13
2014	0	1 (9,1)	4 (36,4)	4 (36,4)	2 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	11
N=	3 (100)	8 (100)	35 (100)	36 (100)	13 (100)	7 (100)	0 (0,0)	102
Chi cuadrado -p	335,1 (p=1,00)							



**Tabla 4. Frecuencia por Grupos de Edad Agregados casos de VIH-Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-edad. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**

GRUPO DE EDAD	N	%	% AGREGADOS
0-4	3	2.9	2.9
5-9	0	0	
10-14	0	0	7.8
15-19	8		
20-24	21	20.6	34.3
25-29	14	13.7	
30-34	18	17.6	35.3
35-39	18	17.6	
40-44	6	5.9	12.7
45-49	7	6.9	
50-54	3	2.9	6.9
55-59	4	3.9	
60	0	0	0,0
N=	102	100%	
Estadístico	Media= 31,5±11,3		
	Mediana= 30		
	CV= 37,5%		
TOTAL	102	100%	

**Tabla 5. Frecuencia de casos VIH-Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-edad-sexo. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**

GRUPO DE EDAD	HOMBRE		MUJER		TOTAL
	n	%	N	%	
0-4	1	33.3	2	66.7	100
5-9	0	0.0	0	0.0	0
10-14	0	0.0	0	0.0	0
15-19	3	37.5	5	62.5	100
20-24	9	42.9	12	57.1	100
25-29	6	42.9	8	57.1	100
30-34	8	44.4	10	55.6	100
35-39	11	61.1	7	38.9	100
40-44	6	100.0	0	0.0	100
45-49	5	71.4	2	28.6	100
50-54	2	66.7	1	33.3	100
55-59	3	75.0	1	25.0	100
60	0	0.0	0	0.0	0
<b>N=</b>	<b>54</b>		<b>48</b>		<b>102</b>

Según la zona de procedencia durante todo el periodo se observó que se presentaron casos durante todos los años procedentes de la zona urbana, mientras que para los años 2005, 2008, 2010, y 2013 no se presentó ningún caso procedente de zona rural.(Tabla 6)

**Tabla 6. Frecuencia de los casos VIH-Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-zona de residencia. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

AÑO	ZONA		TOTAL
	URBANA n (%)	RURAL n (%)	
2005	7 (100)	0	7
2006	5 (71,4)	2 (28,6)	7
2007	8 (66,7)	4 (33,3)	12
2008	7 (100)	0	7
2009	9 (90,0)	1 (100)	10
2010	7 (100)	0	7
2011	19 (90,5)	2 (9,5)	21
2012	6 (85,7)	1 (14,3)	7
2013	13 (100)	0	13
2014	9 (81,8)	2 (18,2)	11
N=	90 (88,2)	12 (11,8)	102 (100)
Chi cuadrado –p	12,42 (p=0,19)		

Por ser la ESE Hospital San Rafael una institución de salud que cuenta con Unidad de cuidados intensivos, llegan pacientes remitidos procedentes en su mayoría de la zona urbana de diferentes municipios del departamento de La Guajira, Cesar, Magdalena y otros lugares del país. Durante todo el periodo el mayor número de casos fueron procedentes de los municipios ubicados en la Baja Guajira (86,3%), mientras que para el restante correspondieron a municipios de la

Alta y Media Guajira con 7,0 y 5,0% respectivamente. En el año 2011 se observa la mayor frecuencia de casos siendo procedentes de la Baja Guajira el 81,0%. Solo para los años 2009 y 2012 se detectaron casos procedentes de otros departamentos. (Tabla 7)

En cuanto al municipio de procedencia el mayor número de casos observado correspondieron al municipio de San Juan del Cesar (35,3%) y Barrancas con 18,6% seguido de Villanueva (9,8%). En Dibulla, Valledupar y Cartagena, se observa la menor frecuencia. La mayor tasa de incidencia se observó en el municipio de San Juan del Cesar en donde diez de cada 10.000 habitantes vive con el virus de inmunodeficiencia humana, debido probablemente a que la ESE se encuentra ubicada en este municipio, seguido de La Jagua del Pilar ,Barrancas y Distracción. (Tabla 8)

**Tabla 7. Frecuencia de los casos VIH-Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-municipio de residencia. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

AÑO	MUNICIPIOS LA GUAJIRA				TOTAL
	ALTA n (%)	MEDIA n (%)	BAJA n (%)	OTROS DEPARTAMENTOS n (%)	
2005	0 (0.0)	1(14.3)	6 (85.7)	0 (0.0)	7 (100.0)
2006	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)
2007	1 (8.3)	1 (8.3)	10 (83.3)	0 (0.0)	12 (100.0)
2008	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)
2009	1 (10.0)	0 (0.0)	8 (80.0)	1 (10.0)	10 (100.0)
2010	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)
2011	1 (4.8)	3 (14.3)	17 (81.0)	0 (0.0)	21 (100.0)
2012	2 (28.6)	0 (0.0)	4 (57.1)	1 (14.3)	7 (100.0)
2013	1 (7.7)	0 (0.0)	12 (92.3)	0 (0.0)	13 (100.0)
2014	1 (9.1)	0 (0.0)	10 (90.9)	0 (0.0)	11 (100.0)
N=	7 (6,9)	5 (4,9)	88 (86,3)	2(2,0)	
Chi cuadrado -p	27,23 (p=0,45)				

**Tabla 8. Frecuencia e incidencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-municipio de residencia. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

MUNICIPIOS	TOTAL DE CASOS EN TODO EL PERIODO 2007-2014	%	POBLACIÓN ESTIMADA DEL MUNICIPIO	Incidencia/10.000 habitantes/año
	n	%		
Riohacha	2	2,0	250236	0.0799
Dibulla	1	1,0	31790	0.0315
Maicao	5	4,9	154343	0.3240
Hatonuevo	4	3,9	24001	1.6666
Barrancas	19	18,6	33849	5.6132
Fonseca	7	6,9	32695	2.1410
Distracción	8	7,8	15430	5.1847
San Juan	36	35,3	36851	9.7691
Villanueva	10	9,8	27338	3.6579
Urumita	5	4,9	17462	2.8634
La Jagua del Pilar	3	2,9	3166	9.4757
Valledupar	1	1,0	443210	0.0226
Cartagena	1	1,0	990179	0.0101
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,00</b>		

Para todo el periodo las personas con algún tipo de empleo (88%) y de ambos sexos representan la mayor proporción de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Sida, siendo los hombres (51%) ligeramente los más afectados. Esta diferencia podría aumentar en relación a las mujeres debido a la proporción de desconocidos (7,5%). Solo un caso diagnosticado durante el periodo fue hombre y sin empleo y dos de los tres casos que se observan en No

Aplica se trató de niños de madres que viven con el virus. El otro caso fue descartado después del nacimiento. (Tabla 9)

**Tabla 9. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-ocupación y sexo. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

SEXO			Hombre	Mujer	TOTAL
OCUPACION					
			n (%)	n (%)	
Algún	tipo	de	46 (51,1)	44 (48,9)	90
empleo					
Sin empleo			1 (100)	0 (0)	1
No aplica			1 (33,3)	2 (66,7)	3
Se desconoce			6 (75)	2 (25)	8
Chi cuadrado –p			3,03 (p=0,38)		

Al momento del diagnóstico el 51% de las personas se encontraban sin pareja. En los años 2006, 2008, 2010, 2011 y 2013 el mayor número de casos se presentó en las personas sin parejas y en el año 2009 con igual frecuencia para ambos estados civiles. Del total de años estudiados la mayor proporción de infectados se observó en igual proporción en los años 2005 y 2006 para personas con parejas y sin parejas respectivamente. Dentro de las personas que tienen parejas se observa que la proporción de casos varían de 71,4% en 2005 a 23.8 en 2011 y caso contrario en las que no tienen parejas en donde se presentó la menor y mayor proporción de casos al inicio del periodo. (Tabla 10 y Anexo 14)

**Tabla 10. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-estado civil. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

Año		ESTADO CIVIL			Total
		CON PAREJA	SIN PAREJA	NO APLICA	
2005	n	5	2	0	7
	%	71.4	28.6	0.0	100.0
2006	n	2	5	0	7
	%	28.6	71.4	0.0	100.0
2007	n	8	4	0	12
	%	66.7	33.3	0.0	100.0
2008	n	3	4	0	7
	%	42.9	57.1	0.0	100.0
2009	n	5	5	0	10
	%	50.0	50.0	0.0	100.0
2010	n	3	4	0	7
	%	42.9	57.1	0.0	100.0
2011	n	5	14	2	21
	%	23.8	66.7	9.5	100.0
2012	n	4	3	0	7
	%	57.1	42.9	0.0	100.0
2013	n	5	7	1	13
	%	38.5	53.8	7.7	100.0
2014	n	7	4	0	11
	%	63.6	36.4	0.0	100.0
Total		47	52	3	102
		46.1	51.0	2.9	100.0
Chi cuadrado -p 15,7 (p=0,61)					

En la Tabla 11 se observa que el mayor número de personas infectadas son hombres (54 personas) sin importar la tenencia de pareja; mientras para las mujeres la mayor la proporción se observa en las que no tenían pareja al



momento del diagnóstico y en aquellas ubicadas en No Aplica, en donde dos de los tres casos presentados en niños fueron mujeres. (Anexo 15)

**Tabla 11. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-estado civil y sexo. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

ESTADO CIVIL		SEXO		TOTAL
		HOMBRE	MUJER	
CON PAREJA	n	24	23	47
	%	51.1	48.9	100.0
SIN PAREJA	n	29	23	52
	%	55.8	44.2	100.0
NO APLICA	n	1	2	3
	%	33.3	66.7	100.0
N=		54	48	102
		52.9	47.1	100.0
Chi cuadrado -p 0,69 (p=0,70)				

En cuanto al estado civil la mayor frecuencia de personas vivas (82 casos) al momento de la notificación se encontraba con o sin pareja o no aplica. De estas el mayor número de casos tenían pareja (43 casos), mientras que 15 de los casos notificados como muertos se encontraban sin pareja y la totalidad de personas cuya condición actual se desconoce no tienen pareja. (Tabla 12)

**Tabla 12. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-Estado civil y condición actual. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

<b>CONDICION ACTUAL</b> <b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Vivo</b> <b>n %</b>	<b>Muerto</b> <b>n %</b>	<b>Se desconoce</b> <b>n %</b>	<b>Total</b>
<b>Con pareja</b>	43 (91,5)	4 (8,5)	0 (0,0)	47
<b>Sin pareja</b>	36 (69,2)	15 (28,8)	1 (1,9)	52
<b>No Aplica</b>	3 (100,0)	0	0	3
<b>Total</b>	82	19	1	102
<b>Chi cuadrado -p</b>	<b>8,68 (p=0,06)</b>			

Teniendo en cuenta el tipo de afiliación de los casos notificados durante el periodo, se pudo observar que el mayor número de casos pertenecen al régimen subsidiado por encima de los no afiliados o los afiliados a los demás regímenes debido al incremento de la cobertura total, a nivel nacional, hasta más del 90% de la población, principalmente por el crecimiento de la afiliación al régimen subsidiado, a partir del año 2003 (78). Para el año 2013 la cobertura alcanzada fue de 91,7%. La población del régimen contributivo fue de 42,8%, al régimen subsidiado 48,1% y al régimen excepción 0,8%, y población sin afiliación 8,3%. De estos el 59% de las personas diagnosticadas pertenecían al régimen contributivo, 39,22% afiliadas al régimen subsidiado y el restante 1,74% a las fuerzas militares. (78,85).

La mayor frecuencia de casos se observó durante el año 2011 en las personas que estaban afiliadas al régimen subsidiado seguido de las que no estaban afiliadas a ningún régimen. La mayor proporción de casos observados para los afiliados al régimen subsidiado se presenta en el año 2008 (85,7%), así como la menor proporción de los afiliados al régimen especial. En éste último régimen mencionado las frecuencias son fluctuantes y varían de 1 a 3 casos,

observándose la mayor proporción en el año 2009 (30,0%). En los no afiliados el mayor número de casos se presentó en el año 2011(8 casos) y la mayor proporción en el 2009 (40,0%). En relación a los pacientes cuyo régimen de afiliación se desconoce éste muestra una tendencia descendente en donde a partir del 2008 se estabiliza sin presentar ningún caso.

Se evidencia que los sujetos que se encuentran afiliados al régimen subsidiado, consultan más la Empresa Social del estado Hospital San Rafael, en relación a los pacientes afiliados al contributivo y excepción, posiblemente se debe a que los pacientes afiliados a éste régimen son remitidos de otras instituciones para consulta especializada con medicina interna y ginecología, por lo que todas relaciones son estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ) (Tabla 13)

**Tabla 13. Frecuencia de los casos VIH y Sida variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-Régimen de afiliación transformado. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

REGIMEN DE AFILIACIÓN							
Año	Contributivo n %	Subsidiado n %	Excepción n %	Especial n %	No Afiliado n %	Se desconoce n %	TOTAL
2005	0	3 (42,9)	0	0	0	4 (57,1)	7
2006	0	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (28,6)	1 (14,3)	1 (14,3)	7
2007	1 (8,3)	5 (41,7)	0	3 (25,0)	2 (16,7)	1 (8,3)	12
2008	0	6 (85,7)	0	1 (14,3)	0	0	7
2009	0	3 (30,0)	0	3 (30,0)	4 (40,0)	0	10
2010	1 (14,3)	2 (28,6)	0	2 (28,6)	2 (28,6)	0	7
2011	0	10 (47,6)	0	3 (14,3)	8 (38,1)	0	21
2012	0	4 (57,1)	1 (14,3)	2 (28,6)	0	0	7
2013	0	9 (69,2)	0	2 (15,4)	2 (15,4)	0	13
2014	0	7 (63,6)	0	3 (27,3)	1 (9,1)	0	11
<b>TOTAL</b>	2 (2,0)	51 (50,0)	2 (2,0)	21 (20,6)	20 (19,6%)	6 (5,9)	102
<b>Chi cuadrado -p 79,0 (p=0,001)</b>							

Durante los Diez años de estudio las personas con mayor frecuencia de VIH se encuentran afiliadas a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB que contratan sus servicios con la ESE. Salud vida presenta una tendencia al aumento de número de casos que varían de 7.1% en 2008,2010 y 2012 a 28.6% en 2011 y 2013. Dentro de los afiliados a Cajacopi se observa la misma frecuencia durante 5 años del periodo; Dusakawi, y Mutual Ser presentan nuevos casos durante 7 años del periodo de estudio, seguido de Comfaguajira con seis años. Durante los primeros tres años del estudio se desconocieron en seis pacientes el estado de seguridad social, lo anterior probablemente al desplazamiento forzoso que se presentó en el Departamento. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB que mayor número de afiliados con diagnóstico de VIH y Sida tienen son Mutual Ser, Dusakawi, Anas Wayuu y Salud vida, debido probablemente a que durante estos años realizaron mayor búsqueda de casos o a que tienen deficiencia en los Programas de promoción y prevención. La relación entre las variables nombre Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB y año son estadísticamente significativas ( $p = 0,01$ ) (Tabla 14)

**Tabla 14. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-nombre entidad administradora de planes de beneficios. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

NOMBRE EPS		Año									
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Mutual ser	n	2	0	3	0	1	1	0	1	3	2
	%	15.4	0.0	23.1	0.0	7.7	7.7	0.0	7.7	23.1	15.4
Comfaguajira	n	1	1	1	2	0	0	2	2	0	0
	%	11.1	11.1	11.1	22.2	0.0	0.0	22.2	22.2	0.0	0.0
Dusakawi	n	0	2	3	1	2	1	0	2	0	3
	%	0.0	14.3	21.4	7.1	14.3	7.1	0.0	14.3	0.0	21.4
Cajacopi	n	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0
	%	0.0	20.0	0.0	20.0	20.0	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0
Ejército nacional	n	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Comparta	n	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1
	%	0.0	0.0	20.0	40.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	20.0
Caja salud	n	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Anas wayuu	n	0	0	0	0	2	1	3	0	2	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	12.5	37.5	0.0	25.0	0.0
Salud vida	n	0	0	0	1	0	1	4	1	4	3
	%	0.0	0.0	0.0	7.1	0.0	7.1	28.6	7.1	28.6	21.4

Humana vivir	n	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0
Comfamiliar de	n	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Bolívar	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
Población Pobre	n	0	1	2	0	3	2	8	0	2
Vulnerable	%	0.0	5.0	10.0	0.0	15.0	10.0	40.0	0.0	10.0
Caprecom	n	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
Comfacor	n	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
Coomeva	n	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
Saludcoop	n	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	%	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Se desconoce	n	4	1	1	0	0	0	0	0	0
	%	66.7	16.7	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
N=		7	7	12	7	10	7	21	7	11
		6,9	6,9	11,8	6,9	9,8	6,9	20,6	6,9	10,8
Chi cuadrado -p 181,8 (p=0,01)										

En relación a las variables municipio de residencia y Nombre Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, el mayor número de casos detectados residían en San Juan del Cesar (35,29%) en donde el 38,6% estaban afiliados a Anas Wayuu(19,4%) ,No afiliados (19,4%) y Dusakawi con 16,6% ; Barrancas (18,63%) de los cuales más de la mitad eran afiliados a Mutual ser (26,3%) y 26,3% no estaban afiliados ; Villanueva (9,80%) estando el 30% afiliado a Salud Vida y el 20% no afiliado; y Distracción (7,84%) aportando el 50% Dusakawi y Comparta en proporciones iguales. Los municipios que menos proporción de casos tienen son Dibulla, Valledupar y Cartagena, cada uno con 0.98%. Del total de casos presentados 59,8% estaban afiliados a tres Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB: (Mutual ser (12.7%), Dusakawi (13,7%), Salud Vida (13,7%) y un 19.6% no estaban afiliados. Coomeva y Saludcoop Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB del régimen contributivo solo aportan Un 1% cada uno. De los afiliados a mutual ser el 38% fueron procedentes de Barrancas, el 42,8% de los afiliados a Dusakawi residían en San Juan, de los de Salud vida el 42,8 % procedían de Villanueva y Barrancas en iguales proporciones y de los no afiliados el 60% vivían en San Juan (35%) y Barrancas (25%). Estos municipios guajiros por su ubicación son los más cercanos al área de influencia de la ESE y los que mayor número de pacientes le remiten y teniendo en cuenta que en los municipios de Nuestra País el mayor número de personas están afiliadas a EAPB del régimen subsidiado se podría decir son los que presentan mayor probabilidad de ser diagnosticados con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH y Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida, que aquellos que pertenecen a otros departamentos y a otras Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB no subsidiadas. El



municipio de procedencia presentó asociación estadística con la EAPB a la cual está afiliado el sujeto (valor p Chi cuadrado= 0,000). (Tabla 15).

**Tabla 15. Distribución de los casos VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-municipio y nombre entidad administradora de planes de beneficios. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

		NOMBRE EAPB										
MUNICIPIO		Mutual ser	Comfaguajira	Dusakawi	Cajacopi	Comparta	Anas wayuu	Salud vida	Población Pobre	Vulnerable	OTRAS EAPB	Se desconoce
Riohacha	n	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Dibulla	n	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
Maicao	n	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	2
	%	0.0	40.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	40.0
Hatonuevo	n	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	25.0	25.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Barrancas	n	5	1	3	1	0	0	3	5	1	1	0
	%	26.3	5.3	15.8	5.3	0.0	0.0	15.8	26.3	5.3	5.3	0.0
Fonseca	n	0	1	0	1	0	0	2	2	0	0	1
	%	0.0	14.3	0.0	14.3	0.0	0.0	28.6	28.6	0.0	0.0	14.3
Distracción	n	0	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1
	%	0.0	0.0	25.0	0.0	25.0	0.0	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5
San Juan	n	4	3	6	3	1	7	2	7	1	1	2

%		11.1	8.3	16.7	8.3	2.8	19.4	5.6	19.4	2.8	5.6
Villanueva	n	0	1	0	0	1	0	3	2	3	0
	%	0.0	10.0	0.0	0.0	10.0	0.0	30.0	20.0	30.0	0.0
Urumita	n	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0
	%	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	20.0	40.0	0.0	0.0
La Jagua	n	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
	%	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0
Valledupar	n	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0
Cartagena	n	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0
N=		13	9	14	5	5	8	14	20	8	6
%		12.7	8.8	13.7	4.9	4.9	7.8	13.7	19.6	7.8	5.9

**Chi cuadrado –p 350,1 (p=0,00)**

Las Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios Ejército Nacional, Caja salud, Humana vivir, Comfamiliar de Bolívar, Caprecom, Comfacor, Coomeva y Saludcoop reportaron cada una un caso para los municipios de Distracción, Valledupar, Villanueva, Cartagena, Villanueva, Villanueva, Barrancas y San Juan respectivamente.

### 3.2 Caracterización de Variables relacionadas con la prestación de servicios de salud y apoyo diagnóstico

Durante el periodo 2005-2014 el mayor número de casos identificados se observa en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización, siendo las mujeres la que mayor proporción aportaron a través de Consulta Externa (53,7%), mientras que en hospitalización fueron los hombres (53,8%), debido probablemente a que la ESE es una institución IAMI y siguiendo los lineamientos nacionales se ofrece la prueba de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana a todas las maternas que se encuentran en el programa materno infantil así como por protocolo establecido se realiza la prueba a toda embarazada que llega a la ESE en trabajo de parto o expulsivo que no haya tenido control o que durante el último trimestre no se le haya realizado la prueba de control y a la hospitalización que se hace de los sujetos remitidos que requieren de éste servicio por sus condiciones clínicas. En los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Banco de Sangre los casos captados correspondieron solo al sexo hombres. (Tabla 16)

**Tabla 16. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable relacionada con la Prestación de Servicios de Salud y Apoyo Diagnóstico-servicio y sexo. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

SERVICIO	SEXO		TOTAL
	HOMBRE n %	MUJER n %	
Urgencias	8 (50,0)	8 (50,0)	16
Hospitalización	21 (53,8)	18 (46,2)	39
Consulta externa	19 (46,3)	22 (53,7)	41
Unidad de Cuidados Intensivos	4 (100)	0	4
Banco de Sangre	2 (100)	0	2
	54 (52,9)	48 (47,1)	102
Chi cuadrado -p	6,11 (p=0,190)		

Del total de las mujeres notificadas como casos nuevos el 17% se encontraban en estado de embarazo. En el año 2006 la frecuencia de casos que se presentó entre mujeres embarazadas y no embarazadas fue la misma (50%) y en el 2014 la mayor proporción de casos presentados se observa en el grupo de las embarazadas. Durante los primeros cuatro años del periodo se observa la detección de un caso en cada año en mujeres embarazadas a excepción del año 2006, y luego no se presentaron más casos hasta el año 2014 cuando se observan 3 casos. (Tabla 17).

**Tabla 17. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con la Prestación de Servicios de Salud y Apoyo Diagnóstico-estado de embarazo. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

Año	ESTADO DE EMBARAZO		TOTAL
	Si n %	No n %	
2005	1 (25,0)	3 (75,0)	4
2006	2 (50,0)	2 (50,0)	4
2007	1 (17,0)	5 (83,0)	6
2008	1 (33,0)	2 (67,0)	3
2009	0	4 (100,0)	4
2010	0	3 (100,0)	3
2011	0	11 (100,0)	11
2012	0	2 (100,0)	2
2013	0	6 (100,0)	6
2014	3 (60,0)	2 (40,0)	5
	8(16,7)	40 (83,3)	48
Chi cuadrado -p		12,88 p= ( 0,16)	

En cuanto al tiempo entre la toma de muestras y la entrega de resultados, se observa que el resultado confirmatorio se desconoce en más de la mitad de los

casos durante el periodo 2005-2014. Para el año 2006 se presenta la mayor frecuencia de inoportunidad en la entrega de los resultados confirmatorios y a partir del año 2008 comienza a incrementarse el número de casos a los cuales se les desconoce el resultado de la prueba confirmatoria, conservándose la misma tendencia hasta el final del periodo. Al total de casos presentados durante el año 2012 se les desconoce el resultado confirmatorio. De los casos a los cuales se les conoce el resultado la mayor frecuencia se observa en aquellos cuyos resultados de las pruebas confirmatorias fueron entregados de manera inoportuna (87). El año estudiado presentó asociación estadística con la entrega de muestras/ entrega de resultados (valor p Chi cuadrado= 0,000). (Tabla 18)

En todas las EAPB en las cuales se encuentran afiliados los individuos con pruebas reactivas de Elisa para detección de Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH, se observa que al mayor número de casos se les desconoce el resultado de la prueba confirmatoria siendo mayor para Salud Vida, Dusakawi y población pobre vulnerable. De los casos a los cuales se les conoce el resultado la mayor frecuencia de inoportunidad se observa en la población pobre vulnerable (asumida por la Secretaría Departamental de Salud) y los afiliados a Dusakawi, Mutual ser y Comfaguajira. La mayor frecuencia de oportunidad se presenta en compartas. (Tabla 19)

**Tabla 18. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con la Prestación de Servicios de Salud y Apoyo Diagnóstico-Año de estudio-Fecha toma de muestra y entrega de resultados. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

Año		Recodificación entrega toma de muestras/entrega de resultados			Total
		Oportuno	Inoportuno	Se desconoce	
2005	n°	4	3	0	7
	%	57,10%	42,90%	0,00%	100,00%
2006	n°	0	6	1	7
	%	0,00%	85,70%	14,30%	100,00%
2007	n°	0	8	4	12
	%	0,00%	66,70%	33,30%	100,00%
2008	n°	2	1	4	7
	%	28,60%	14,30%	57,10%	100,00%
2009	n°	2	1	7	10
	%	20,00%	10,00%	70,00%	100,00%
2010	n°	0	2	5	7
	%	0,00%	28,60%	71,40%	100,00%
2011	n°	6	2	13	21
	%	28,60%	9,50%	61,90%	100,00%
2012	n°	0	0	7	7
	%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
2013	n°	3	1	9	13
	%	23,10%	7,70%	69,20%	100,00%
2014	n°	0	4	7	11
	%	0,00%	36,40%	63,60%	100,00%
Total	n°	17	28	57	102
	%	16,70%	27,50%	55,90%	100,00%
Chi cuadrado -p		52,0 p= ( 0,00)			

**Tabla 19. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con la Prestación de Servicios de Salud y Apoyo Diagnóstico-EAPB-Fecha toma de muestra y entrega de resultados. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

Nombre EAPB		Recodificación entrega toma de muestras/entrega de resultados			Total
		1	2	3	
Mutual ser	n°	2	4	7	13
	%	15,40%	30,80%	53,80%	100,00%
Comfaguajira	n°	1	4	4	9
	%	11,10%	44,40%	44,40%	100,00%
Dusakawi	n°	0	5	9	14
	%	0,00%	35,70%	64,30%	100,00%
Cajacopi	n°	1	2	2	5
	%	20,00%	40,00%	40,00%	100,00%
Comparta	n°	2	0	3	5
	%	40,00%	0,00%	60,00%	100,00%
Anas wayuu	n°	1	0	7	8
	%	12,50%	0,00%	87,50%	100,00%
Salud vida	n°	2	1	11	14
	%	14,30%	7,10%	78,60%	100,00%
Población pobre vulnerable	n°	2	8	9	19
	%	10,50%	42,10%	47,40%	100,00%
Se desconoce	n°	3	2	1	6
	%	50,00%	33,30%	16,70%	100,00%
Otras EAPB	n°	3	2	4	9
	%	33,30%	22,20%	44,40%	100,00%
Total	n°	17	28	57	102
	%	16,70%	27,50%	55,90%	100,00%
Chi cuadrado -p		46,30 p= ( 0,078)			



Para la identificación de los casos se utilizaron pruebas de Elisa siguiendo las recomendaciones de la normatividad Colombiana según nivel de prestación de servicios de salud. De éstos pacientes con pruebas reactivas para ELISA el 56% total fueron confirmadas a través de la prueba Western Blot, en una alta proporción se desconoce su resultado y en un 15% no se realizó la confirmación porque fueron pacientes cuyo diagnóstico fue acompañado de muerte. En el año 2011 a la mitad de casos se desconoce su resultado o no se les hizo la prueba. En el mismo se observa el mayor número de casos confirmados por Western Blot y la mayor frecuencia a los cuales no se les hizo. El único caso confirmado por Inmunofluorescencia (IFI) se observa en el año 2007 y en el 2013 al mayor número de casos se desconoce el resultado de la prueba. La mayor proporción de casos confirmados por Western Blot se presenta en el año 2006, la cual es igual a la que se presenta en el 2012 para aquellos casos cuyos resultados se desconocen. Se observa que el mayor número de casos a los que se desconocen sus resultados comienzan a incrementarse a partir de los años 2010 debido posiblemente a que se introdujo nueva norma colombiana en donde las aseguradoras serían los responsables de la realización de dicha prueba. Cabe mencionarse que las Aseguradoras no informaron los resultados por protocolos de seguridad existentes dentro de ellas. Por ésta razón se observa una alta frecuencia de resultados desconocidos. Del total de pruebas confirmatorias realizadas el 96,56% reportó resultados positivos y el resto fue descartado. El 79% de los pacientes con pruebas de ELISA reactiva que fallecieron no se les realizó la prueba confirmatoria a causa de la inoportunidad del diagnóstico, el cual fue tardío. Los dos casos descartados corresponden a una materna y a su bebé, los cuales fueron descartados posteriormente al nacimiento del niño. (Tabla 20)

**Tabla 20 Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con la Prestación de Servicios de Salud y Apoyo Diagnóstico-nombre y resultado de prueba confirmatoria. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

AÑO	NOMBRE PRUEBA CONFIRMATORIA					TOTAL
	WESTERN BLOT	IFI	SE DESCONO CE	NO SE HIZO	DESCARTA DOS	
	n %	n %	n %	%	n %	
<b>2005</b>	5 (71.4)	0	0	2 (28.6)	0	7
<b>2006</b>	6 (85.7)	0	0	1 (14.3)	0	7
<b>2007</b>	8 (66.7)	1 (8.3)	2 (16.7)	1 (8.3)	0	12
<b>2008</b>	4 (57.1)	0	2 (28.6)	1 (14.3)	0	7
<b>2009</b>	5 (50.0)	0	1 (10.0)	4 (40.0)	0	10
<b>2010</b>	4 (57.1)	0	3 (42.9)	0	0	7
<b>2011</b>	10 (47.6)	0	5 (23.8)	6 (28.6)	2	21
<b>2012</b>	1 (14.3)	0	6 (85.7)	0	0	7
<b>2013</b>	6 (46.2)	0	7 (53.8)	0	0	13
<b>2014</b>	8 (72.7)	0	3 (27.3)	0	0	11
<b>TOTAL</b>	57 (55.9)	1 (1.0)	29 (28.4)	15 (14.7)	2	102
<b>Chi cuadrado -p</b>	<b>43,83 (p=0,021)</b>					

### **3.3 Comportamiento Epidemiológico de las Variables relacionadas con las características clínicas**

En cuanto al tipo de virus en el total de casos confirmados el virus VIH1 fue identificado en la totalidad de los casos correspondiendo al 55%. Este porcentaje podría incrementarse si se conociera el resultado de los que se desconocen. El total de casos observados en ningún tipo de virus corresponde a los casos que fueron descartados mediante prueba confirmatoria. (Tabla 21)

**Tabla 21. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas-tipo de virus. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**

AÑO	TIPO DE VIRUS			TOTAL
	VIH1	SE DESCONOCE	NINGUNO	
	n %	n %	n %	
2005	5 (71.4)	2 (28.6)	0	7
2006	6 (85.7)	1 (14.3)	0	7
2007	9 (75.0)	3 (25.0)	0	12
2008	4 (57.1)	3 (42.9)	0	7
2009	5 (50.0)	5 (50.0)	0	10
2010	4 (57.1)	3 (42.9)	0	7
2011	8 (38.1)	11 (52.4)	2 (9.5)	21
2012	1 (14.3)	6 (85.7)	0	7
2013	6 (46.2)	7 (53.8)	0	13
2014	8 (72.7)	3 (27.3)	0	11
	56 (54.9)	44 (43.1)	2 (2.0)	102
<b>Chi cuadrado -p</b>		<b>21,27 (p=0,265)</b>		

El número de casos confirmados es mucho mayor que el número de pruebas confirmatorias realizadas, lo anterior probablemente a que los pacientes posteriormente a su diagnóstico ingresaron a la ESE y a través de la epicrisis que traían de la institución en la cual se trataban, se confirmó el caso sin tener acceso al resultado de la prueba confirmatoria donde se especifica el tipo de virus. Se observa que durante todos los años el mayor número de casos fue confirmado a excepción del año 2012 en donde el mayor número de casos se desconocen. A partir del año 2011 se presenta una tendencia creciente en el número de casos que se desconocen. (Tabla 22)

**Tabla 22. Frecuencia de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínico-caso determinadas por protocolo nacional. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

<b>CASO</b>				
<b>AÑO</b>	<b>CONFIRMADO</b>	<b>DESCARTADO</b>	<b>SE DESCONOCE</b>	<b>TOTAL</b>
	n %	n %	n %	
<b>2005</b>	7 (100.0)	0	0	7
<b>2006</b>	7 (100.0)	0	0	7
<b>2007</b>	10 (83.3)	0	2 (16.7)	12
<b>2008</b>	5 (71.4)	0	2 (28.6)	7
<b>2009</b>	8 (80.0)	0	2 (20.0)	10
<b>2010</b>	6 (85.7)	0	1 (14.3)	7
<b>2011</b>	14 (66.7)	2 (9.5)	5 (23.8)	21
<b>2012</b>	3 (42.9)	0	4 (57.1)	7
<b>2013</b>	8 (61.5)	0	5 (38.5)	13
<b>2014</b>	9 (81.8)	0	2 (18.2)	11
	77 (75.5)	2 (2.0)	23 (22.5)	102
<b>Chi cuadrado -p</b>	<b>19,64 (p=0,353)</b>			

La mayor proporción de casos confirmados y que se desconocen son hombres y estos resultados probablemente variarían si se conocieran todos los resultados. La proporción de casos a los cuales se les desconoce la clasificación fue menor que la proporción de pruebas confirmatorias con resultados desconocidos debido probablemente a que muchos de estos pacientes después de confirmados consultaron posteriormente a la ESE y se actualizó el diagnóstico. En el grupo de las mujeres el mayor número de casos fue confirmado (35 casos) y la mayor proporción se observa en los casos descartados. (Tabla 23).

**Tabla 23. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínico-caso determinadas por protocolo y sexo. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

<b>SEXO</b>			
<b>CASO</b>	<b>HOMBRE</b> n %	<b>MUJER</b> n %	<b>TOTAL</b>
<b>Confirmado</b>	42 (54.5)	35 (45.5)	77
<b>Descartado</b>	0	2 (100.0)	2
<b>Se Desconoce</b>	12 (52.2)	11 (47.8)	23
	54 (52.9)	48 (47.1)	102
<b>Chi cuadrado -p</b>	<b>2,33 (p=0,311)</b>		

Del total de los casos para el periodo, el 97% tiene su origen en la transmisión sexual. De ésta la transmisión heterosexual fue la más frecuente para ambos sexos (96%), seguida de la transmisión homosexual que supone un 1% y la materna que sumó 1%. Durante todos los años se observa que el mayor número de casos tienen como mecanismo probable de transmisión la vía heterosexual. Hasta el año 2009 la tendencia del mecanismo de transmisión fue completamente heterosexual presentándose casos para las otras dos vías de transmisión reportadas durante los años 2010 y 2013. En la vía materna se presentaron 3 casos de los cuales uno fue descartado debido al resultado obtenido en la prueba confirmatoria. El otro caso se desconoce porque el caso fue direccionado a la Empresa Administradora de Planes de Beneficio. La distribución en los distintos mecanismos de transmisión se observa en la Tabla 24.

**Tabla 24. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas-mecanismo probable de transmisión. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

<b>MECANISMO PROBABLE DE TRANSMISIÓN</b>					
<b>AÑO</b>	<b>HETEROSEXU AL n %</b>	<b>HOMOSEXU AL n %</b>	<b>MATER NO n %</b>	<b>DESCARTA DO n %</b>	<b>TOTA L</b>
<b>2005</b>	7 (100.0)	0	0	0	7
<b>2006</b>	7 (100.0)	0	0	0	7
<b>2007</b>	12 (100.0)	0	0	0	12
<b>2008</b>	7 (100.0)	0	0	0	7
<b>2009</b>	10 (100)	0	0	0	10
<b>2010</b>	6 (85.7)	1 (14.3)	0	0	7
<b>2011</b>	19 (90.5)	0	0	2 (9.5)	21
<b>2012</b>	7 (100.0)	0	0	0	7
<b>2013</b>	12 (92.3)	0	1 (7.7)	0	13
<b>2014</b>	11 (100.0)	0	0	0	11
	98 (96.1)	1 (1.0)	1 (1.0)	2 (2.0)	102
<b>Chi cuadrado -p</b>	28.39 (p=0,390)				

En cuanto al mecanismo de transmisión, la vía heterosexual es la más común para ambos sexos y el mayor número de casos se observa en los hombres al igual que el mecanismo homosexual. Los casos descartados presentan igual frecuencia para ambos sexos y el caso por vía materna se trata de una niña que nació en otra institución Prestadora de Salud y fue remitida a la ESE Hospital San Rafael. (Tabla 25)

**Tabla 25. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas-mecanismo probable de transmisión y sexo. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

SEXO			
MECANISMO PROBABLE DE TRANSMISIÓN	HOMBRE n %	MUJER n %	TOTAL
Heterosexual	52 (53.1)	46 (46.9)	98
Homosexual	1 (100.0)	0	1
Materno	0	1 (100.0)	1
Descartado	1 (50.0)	1 (50.0)	2
	54 (52.9)	48 (47.1)	102
Chi cuadrado -p	2.02 p=0,568)		

### **3.4 Tendencia de los años objeto de estudio de casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA**

Al Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA de la ESE Hospital Local de San Juan del Cesar, durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2014 se han notificado al 102 casos nuevos. La tabla 26 muestra como la tasa de incidencia anual de personas que viven con el Virus presentó durante el período estudiado, una tendencia marcada al ascenso con alzas y bajas repetitivamente. Suponen la existencia de un patrón estacional en la serie. Del total de casos nuevos se observa que durante cinco años hubo la misma frecuencia y que durante los otros cinco (2007, 2009, 2011, 2013 y 2014) hubo fluctuaciones con frecuencia entre 11 y 13 casos a excepción del año 2011, en donde se observa la máxima frecuencia de casos. El 35.3% (n=36) de los casos corresponden al municipio de San Juan, sin embargo en la Secretaria Departamental solo aparecen reportados 30 casos; el año 2011 marca la mayor frecuencia identificada

con 21 casos correspondientes al 20,6% de todos los casos del periodo. El 69.6 % de los casos se presentaron durante los primeros 7 años del periodo estudiado. En relación a las tasas la mayor tasa municipal se presenta en el año 2006 seguida del 2005 , siendo el 2010, el año en el cual se observa la tasa más baja a pesar de, presentarse 7 casos según lo registrado. Durante los años 2005, 2006, 2007, 2011,2014 las tasas observadas en el municipio de San Juan del Cesar, fueron mayores que las observadas a nivel departamental. A nivel departamental la tasa más alta se observa en el año 2005 y la más baja durante el año 2009. (Tabla 26)

**Tabla 26. Distribución de casos por año VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-casos. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**

<b>AÑOS</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>	<b>Frecuencia acumulada</b>	<b>Tasa municipal por 100.00 hab*</b>	<b>Tasa Departamental por 100.00 hab*</b>
2005	7	6.9	6.9	13.7	10.8
2006	7	6.9	13.7	27.4	7.9
2007	12	11.8	25.5	13.5	7.5
2008	7	6.9	32.4	5.6	9.3
2009	10	9.8	42.2	2.8	5.2
2010	7	6.9	49.0	0,0	9.0
2011	21	20.6	69.6	10,8	7.4
2012	7	6.9	76.5	2.8	9.7
2013	13	12.7	89.2	5.5	9.8
2014	11	10.8	100.0	10.9	8.3
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>			

\* Datos suministrados por SIVIGILA - Oficina de Vigilancia Epidemiológica - SDS  
Tasa\*100.000 Habitantes



El 80.4% de todos los casos del periodo de 10 años, se identificaron como personas que viven con VIH, asintomáticos, en aparente buen estado de salud. En los últimos años del periodo de estudio, la proporción de personas identificadas en este estadio es creciente, con fluctuaciones que varían entre 9 y 15 casos. El 18.6% de todos los casos del periodo fueron identificados como VIH-SIDA, es decir claramente sintomáticos. La tendencia de estos casos está relacionada con el aumento de casos asintomáticos y vienen en descenso con puntos altos y bajos en 2010 a 2014, siendo la mayor frecuencia en el año 2011. Del total de los casos VIH-SIDA sintomáticos de todo el periodo fueron identificados acompañando el suceso de muerte (17 casos en todo el periodo) y los otros dos casos murieron varios años después al diagnóstico. En el año 2011 se observa el mayor número de casos de personas que están vivas (15 personas) al igual que la frecuencia para los casos de personas que murieron (6 casos). El único caso en el que se desconoce su condición actual se trata de un paciente que no vive en el Departamento. (Tabla 27)

**Tabla 27. Estado de Salud al momento de la Distribución de la notificación de los casos VIH-Sida según variable relacionada con las Características clínicas-estado de salud. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

<b>CONDICIÓN ACTUAL</b>				
<b>Año</b>	<b>Vivo</b>	<b>Muerto</b>	<b>Se desconoce</b>	<b>TOTAL</b>
	n %	n %	n %	
<b>2005</b>	4 (57.1)	3 (42.9)	0	7
<b>2006</b>	4 (57.1)	2 (28.6)	1 (14.3)	7
<b>2007</b>	9 (75.0)	3 (25.0)	0	12
<b>2008</b>	6 (85.7)	1 (14.3)	0	7
<b>2009</b>	7 (70.0)	3 (30.0)	0	10
<b>2010</b>	7 (100.0)	0	0	7
<b>2011</b>	15 (71.4)	6 (28.6)	0	21
<b>2012</b>	7 (100.0)	0	0	7
<b>2013</b>	12 (92.3)	1 (7.7)	0	13
<b>2014</b>	11 (100.0)	0	0	11
	82 (80.4)	19 (18.6)	1 (1.0)	102
<b>Chi cuadrado -p</b>	26.5 (p=0,087)			

Al analizar tendencia en la mortalidad por SIDA, se observa una tendencia a la disminución del número de muertes a partir del año 2010 con excepción del año 2011 en donde se observa la mayor frecuencia de 6 casos. En relación a las tasas, para el año 2005 se observa la segunda tasa más alta del periodo y a partir de 2006 - producto del efecto parcial de las bioterapias – con cifras que oscilan entre 0.0 a 0.88 hasta el 2011 cuando se produjo el mayor aumento en las tasas, que puede atribuirse a la falta de impacto de tratamiento generado por la incipiente cobertura con triterapia. La mayor tasa de muertes ocurridas por VIH y Sida por cada 10.000 habitantes se observan durante los años 2011 y 2005 acompañado éste último de la mayor tasa de letalidad. Cada vez se identifican más casos de personas que viven con VIH y menos con SIDA, debido a la sensibilización,

identificación más temprana y tamizaje en las campañas que realizan las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud aunando esfuerzos con la comunidad. (Tabla 28)

**Tabla 28. Tendencia para el número de muertes y sus indicadores de los casos VIH-Sida en ESE Hospital San Rafael San Juan del Cesar 2005-2014**

<b>Año</b>	<b>Total de Casos</b>	<b># Muertes</b>	<b>Población Proyectada de San Juan</b>	<b>Tasa de Mortalidad x10.000 hab San Juan*</b>	<b>Tasa de Mortalidad x100.000 hab La Guajira*</b>	<b>Tasa de Letalidad</b>
<b>2005</b>	7	3	23754	1.26	2.93	0.43
<b>2006</b>	7	2	33913	0.59	2.82	0.29
<b>2007</b>	12	3	34195	0.88	4.21	0.25
<b>2008</b>	7	1	34502	0.29	3.54	0.14
<b>2009</b>	10	3	34834	0.86	2.78	0.30
<b>2010</b>	7	0	35189	0.00	2.81	0.00
<b>2011</b>	21	6	35568	1.69	2.72	0.29
<b>2012</b>	7	0	35972	0.00		0.00
<b>2013</b>	13	1	36399	0.27		0.08
<b>2014</b>	11	0	36851	0.00		0.00
<b>Total</b>	102	19				

\* Datos suministrados por Departamento Nacional de Estadísticas Vitales (Dane), Informe GARPR 2014 (61) .Tasa\*10.000 y 100.000 Habitantes

Según el estado civil el mayor número de casos de muertes se observó en el grupo de personas sin pareja. En cuanto al sexo se observa la mayor frecuencia en las mujeres con pareja y en los hombres sin pareja. En el año 2009 se observa que el mayor número de casos de muertes ocurridas tenían pareja y se presentaron en igual frecuencia para hombres y mujeres. En el grupo de personas sin parejas, el mayor número de casos ocurridas durante el periodo fueron hombres (58%) y en mujeres (21%). Se observa una tendencia al descenso en

cuanto al número de casos a partir del año 2008 con excepción de los años 2009 y 2011 éste último donde se observó el mayor número de casos, siendo los hombres los más afectados.(Tabla 29)

**Tabla 29. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las características clínicas-estado civil y sexo por año. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

AÑO	ESTADO CIVIL				TOTAL
	CON PAREJA		SIN PAREJA		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
2005	0 (0,0)	1(33,3)	2 (66,6)		3
2006	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2
2007	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3
2008	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1(100,0)	1
2009	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)	3
2010	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0
2011	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (83,3)	1 (16,7 )	6
2012	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0
2013	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1
2014	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0
N=	1 (5,0)	3 (16,0)	11 (58,0)	4 (21,0)	19
Chi cuadrado-p	46,96 (p=0,598 )				

La mayor proporción de casos se presenta en las personas que al momento del diagnóstico no tenían parejas (79%) y eran de ambos sexos. Según el sexo en los hombres los más afectados fueron los hombres sin pareja, mientras que en las mujeres el número de muertes es muy similar tanto en las que tienen pareja como en las que no tienen parejas. En el grupo de personas con parejas las más afectadas fueron las mujeres. (Tabla 30)

**Tabla 30. Distribución de los casos VIH y Sida según variable relacionada con las características clínicas-estado civil y sexo. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

SEXO		ESTADO CIVIL		Total
		Con Pareja	Sin pareja	
Hombre	n	1	11	12
	%	8,3	91,7	100,0
Mujer	n	3	4	7
	%	42,9	57,1	1,0
Total	n	4	15	19
	%	21,0	79,0	1,0
Chi cuadrado-p		3,17 (p=0,075)		

Del total de muertes ocurridas el mayor número de casos fueron procedentes del municipio de San Juan del Cesar (7 casos) y para el resto de municipios se observa la misma frecuencia (2 casos) a excepción de Urumita y Valledupar donde se observó un caso en cada uno. El mayor número de muertes se observa en pacientes hombres (12) siendo en su mayoría procedentes de San Juan del Cesar (5) y en la totalidad de muertes ocurridas en los municipios de Villanueva, Urumita y Maicao, mientras que la totalidad de muertes ocurridas en Barrancas y Valledupar fueron mujeres. (Tabla 31)

**Tabla 31. Distribución de los casos de muertes VIH y Sida según variable relacionada con las Características clínicas-municipio de residencia y sexo. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014**

<b>MUERTES</b>			
<b>MUNICIPIO</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>MUJER</b>	<b>TOTAL</b>
<b>San Juan del Cesar</b>	5 (74,1)	2 (28,6)	7
<b>Fonseca</b>	1 (50,0)	1 (50,0)	2
<b>Distracción</b>	1 (50,0)	1 (50,0)	2
<b>Villanueva</b>	2 (100,0)	0	2
<b>Barrancas</b>	0	2 (100,0)	2
<b>Urumita</b>	1 (100,0)	0	1
<b>Maicao</b>	2 (100,0)	0	2
<b>Valledupar</b>	0	1 (100,0)	1
<b>N=</b>	12(63,0)	7(37,0)	19
<b>Chi cuadrado-p</b>	<b>18,47 (p=0,150 )</b>		

## **4. DISCUSIÓN**

Antes de analizar la información conviene destacar limitaciones que poseen las mediciones y los datos disponibles. En primer lugar se trabajó con una base de datos donde varios inconvenientes impiden establecer certezas absolutas sobre algunas variables del estudio. En un porcentaje importante se desconoce el resultado de la prueba confirmatoria, siendo ésta la que establece el diagnóstico en los pacientes que viven con el virus. El porcentaje de desconocimiento del tipo de virus es también muy alto, y supera a la variable resultado de la prueba por que llegan a la ESE pacientes que en sus epicrisis y remisiones está registrado el diagnóstico pero sin el tipo de virus.

### **4.1 Tendencia de los años objeto de estudio de casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA**

Al analizar específicamente el logro de los objetivos planteados en ésta investigación se encuentra, en primer lugar cómo la tasa de incidencia anual de personas VIH positivas presentó, durante el período estudiado, una tendencia marcada al ascenso, lo cual pudiera deberse a la falta de percepción del riesgo de infectarse en gran parte de la población. Los cinco últimos años acumulan el 59% del total de casos presentados durante los diez años de estudio tal como lo ocurrido el estudio realizado por Miranda(29), Saldarriaga (43), Valdespino(42), Informe GARPR 2014 (78) y Conasida (88) e en donde indican que la epidemia ha ido creciendo exponencialmente en muchos países.

Del total de casos presentados el 35.3% (n=36) corresponden al municipio de San Juan del Cesar, y en la Secretaria Departamental solo aparecen reportados 30

casos; lo anterior posiblemente por la inoportunidad de la notificación del sistema de vigilancia. Este dato podría variar si se realiza un ajuste de los casos como ocurrió en el estudio Registro Nacional de Casos España (45) en donde la tasa obtenida inicialmente pasó de 7.0 /100.000 habitantes a 10,3 /100.000 habitantes.

En relación al sexo el mayor número de muertes se presentó en los sujetos de sexo masculino, y que no tenían pareja estable, presentándose el mayor número de casos procedentes del municipio del San Juan del Cesar, siendo la tasa de mortalidad menor a la que se presentó en el departamento como lo registra el Informe GARPR 2014 (78) . La tasa de letalidad durante el periodo ha sido baja, presentándose la mayor proporción para el año 2005, debido probablemente a determinantes sociales proximales y distales tales como falta de adherencia a las guías de atención integral por parte de los profesionales de las instituciones o desconocimiento de la norma por parte de los actores de la salud y a condiciones inherentes a los pacientes tal como lo manifiestan Lancheros Silva (53), Organización Mundial de la Salud (75), Pérez Méndez (81) y Murray (89).

La tercera parte de los pacientes diagnosticados ya presentaba Sida siendo acompañados en su mayoría de muerte. Esto se debió probablemente a fallas en el sistema de vigilancia cuando no se realizó un diagnóstico precoz de la infección por VIH. La vigilancia se realiza mediante la búsqueda activa de posibles casos infectados en grupos seleccionados de población, entre ellos: los captados, contactos de personas que viven con el virus, individuos a los que se les diagnostica otra infección de transmisión sexual (ITS), donantes de sangre, gestantes, ingresos, reclusos e infección por tuberculosis, entre otros, para detectar los casos de las personas que viven con el virus o que presentan los síntomas del SIDA (enfermedades oportunistas) con el fin de diagnosticarlos e iniciarles tratamiento antirretroviral, preservando así su vida , mejorar la calidad de



vida e impedir que continúe la transmisión de la enfermedad según lo mencionado en los estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud (19), Murray (89) Y Bolaños Gutiérrez (90),

La baja proporción de muertes en los pacientes que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH asintomáticos se debe a la realización de un diagnóstico oportuno en estos pacientes y la instauración de la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA), al lograr la adherencia al mismo. A nivel internacional se ha comprobado que los tratamientos antirretrovirales han reducido la incidencia de enfermedades oportunistas y aumentado significativamente la calidad y la esperanza de vida de los personas con VIH lo cual está de acuerdo con lo mencionado en el Plan de Desarrollo de La Guajira (18)

#### **4.2 Comportamiento de variables sociales relacionadas con la salud de tipo sociodemográficos**

En relación a las características sociodemográficas durante la década se observa una tendencia de estos sujetos a ser de sexo masculino (52,9%), dato parecido a estudios realizados por Galindo (57), Olukoga (34), Mueses (91) y los hallazgos de nuestro estudio, mientras que en otros estudios Díez (36), Registro Nacional de Casos España(46), López(7), Acosta(33), Informe GARPR Unaid (78), Castilla (44), Cardona (32), Crabtree - Ramírez (35), Holanda da Cunha (86), Robbins (39) la proporción para hombres varía de 72 a 89%. La razón hombre/mujer de casos VIH positivos fue de 1:1 durante todos casi todo el periodo a excepción de 2009 y 2012 en donde fue de 2:1 y 3:1, lo que ratifica el estudio de López Palacio (7), Miranda (22), Valdespino (42), Castilla (44), Encuesta Hospitalaria en España (45) en donde aunque sigue habiendo un claro predominio del sexo masculino, cada vez es mayor el número de mujeres que se están infectando con el Virus de

Inmunodeficiencia Humana - VIH, adquiriendo la infección, principalmente mediante relaciones sexuales con hombres VIH positivos. En nuestro estudio la proporción de mujeres notificadas con VIH/Sida es superior a la proporción de mujeres reportadas en los anteriores estudios, por lo que la apreciación debe ser interpretada con cautela, puesto que la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil se focaliza en la tamización de mujeres embarazadas y el mayor número de pacientes que solicitan los servicios en el Hospital son del sexo femenino por ser una institución Amiga de la Infancia y la Mujer (IAMI), por lo tanto el efecto del sexo probablemente variará en función de las estrategias implementadas para el control de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana-VIH y Síndrome de inmunodeficiencia humana-Sida en la población. García (54), y Papworth (92)

En cuanto a la edad , los grupos donde se reportó la mayor cantidad de infectados por el VIH correspondieron a la población sexualmente activa; con edades comprendidas entre 20-39 años, estando la mayoría de los sujetos en edades entre 20-24 años, le siguió el grupo de 25-29 años y a continuación el grupo de 30-34 años. Los grupos donde menos seropositivos se reportaron lógicamente coincidieron con las edades donde la vida sexual es menos activa, estos fueron los menores de 15 años y los de más de 60 años. En estudios realizados por Pérez (81), Robbins (39), Encuesta Hospitalaria (45), el mayor número de casos se presenta en sujetos mayores de 40 años. Los estudios del Informe UNGASS - 2012 (8), y Diez (37), Lancheros Silva (53), Informe GARPR Unaid (78), Registro Nacional de Casos España (46), Valdespino (42), López Palacio (7), Acosta (33), Miranda(29), Gutiérrez (93), Olaore (94), Kembo (95), y Mueses (91) presentan datos similares a los de nuestro estudio.

Lo anterior se ratifica también en la investigación de López J, (7), Castilla (44), donde los sujetos en edad sexual activa, según las características sociodemográfica de edad y sexo muestran similitudes con nuestros resultados, identificándose que a mayor edad se reduce la probabilidad de infectarse con el virus de Inmunodeficiencia humana-VIH. Así mismo, el hecho de ser mujer, influye en la presentación de mayores casos de infección por transmisión sexual.

En relación a la zona de procedencia el predominio de casos notificados residentes en zona urbana se debe probablemente a la accesibilidad y prestación de los servicios de consulta especializada y laboratorio clínico, ya que no todos los hospitales de los municipios del departamento son de segundo nivel y los de primer nivel en su mayoría no realizan la prueba de tamizaje para Elisa, por lo que remiten a sus pacientes a la ESE. Cabe mencionar que la baja proporción de casos reportados procedentes de la zona rural no indican que no sea mayor, ya que estos sujetos están expuestos a la gran movilidad de la población y la situación de estigma y discriminación que experimentan grupos poblacionales (en particular los hombres que tienen sexos con hombres, Trabajadoras del sexo, indígenas y desplazados). Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos por Miranda (29), Lancheros Silva (53), Pérez-Molina (96), Carnicer (97), Judgeo (98), Olaore (94), Kembo(95) , Earnshaw (99), Wong (100) y Folch(101).

Según los casos de VIH y Sida notificados por municipio de residencia, se observa que el mayor número de casos fueron procedentes de los municipios ubicados en la baja Guajira (86,3%), principalmente correspondieron al municipio de San Juan del Cesar, Barrancas, Villanueva y Distracción. Siendo San Juan del Cesar, Barrancas, Fonseca, y Villanueva los municipios con mayor densidad poblacional las tasas de incidencia por 10.000 habitantes más altas fueron para San Juan, La Jagua del Pilar, Barrancas y Distracción. Llama la atención el disminuido número

de casos procedentes de Fonseca y Villanueva (7 y 10) respectivamente, teniendo Fonseca una de las tasas más altas del departamento (12,2), (20) Informe de Gestión Gobernación de La Guajira (21) así como el hecho de que la Jagua del Pilar sea el municipio de más baja densidad en La Guajira y presente segunda tasa más alta. Las anteriores razones señalan la necesidad de hacer seguimiento a las EAPB para promover campañas de realización de pruebas voluntarias y mejorar la búsqueda de casos a nivel institucional y comunitario, así como considerar estrategias de mercadeo para canalizar la remisión de pacientes a la ESE. Datos similares se reflejan en los estudios realizados por Miranda (29) y Lancheros Silva (53).

En el municipio de San Juan por cada hombre infectado hay una mujer infectada, al analizar las variables sexo y ocupación se observa que El 88% de las personas con algún tipo de empleo son en su mayoría las personas que tuvieron resultados reactivos de las pruebas de tamizaje para VIH y de estos el 51% fueron hombres, diferencia que podría variar si la proporción de pacientes que asisten al Hospital tuvieran otro tipo de afiliación, de empleo, dado que existe una enorme dependencia al sector minero que no permite la diversificación de las profesiones, de clase sociales. Si a nivel investigativo se conociera la ocupación de todos los pacientes, el análisis de la variable ocupación no se hubiese realizado transformada, o si la categorización se hubiese realizado en base a la utilizada en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010 (Profesional/Técnico, oficinista, ventas y servicios, manual calificado, manual no calificado, agricultura), ya que la tasa de desempleo en la Guajira para el 2012 se ubicó en 8,5 por debajo de la tasa nacional( 9,6%) y que el subempleo subjetivo se ubicó en 33,7% como se plantea en el perfil epidemiológico Básico de La guajira (102) y la defensoría del Pueblo (103). La mayoría de las ocupaciones corresponden a labores propias de los hombres y en baja proporción a las mujeres empleadas fuera del hogar,

pues las amas de casa son las más afectadas, es decir que al salir de casa el hombre se hace más vulnerable de adquirir la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH y llevarlo a casa. Resultados parecidos a los obtenidos según Lancheros Silva (53), Holanda da Cunha (86) y Miranda (29), pero contrarios a los obtenidos en el estudio de Encuesta Hospitalaria en España (45) en donde el 47,8% se encontraban desempleados al momento del diagnóstico. Durante el período de estudio se registró un moderado número de casos con ocupación (no aplica o se desconoce), dentro de las cuales podrían encontrarse otras ocupaciones no incluidas o aumentar la proporción de sujetos con algún tipo de empleo, reflejándose así el subregistro de información y el inadecuado diligenciamiento de los Rips e historias clínicas de los pacientes.

En investigaciones como la de Pérez Méndez (81), Crabtree (35) y Kembo (95) las personas sin parejas tienen mayor posibilidad de infectarse con el virus de Inmunodeficiencia Humana que los que tienen parejas; datos que concuerdan con los de nuestro estudio. Esto debido probablemente al mayor número de parejas con las cuales tendrían relaciones sexuales las personas solteras. Se observa que las personas con o sin parejas de ambos sexos tienen probabilidad similar de infectarse con el virus de Inmunodeficiencia Humana. Sin embargo el mayor número de personas fallecidas durante el periodo de estudio se encontraba sin pareja.

En Nuestro país al año 2013, más de la mitad de las personas diagnosticadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida pertenecían al régimen contributivo, seguido de los afiliados al régimen subsidiado y el restante 1,74% a las fuerzas militares, (78,85). Estos estudios reflejan menos casos para el régimen subsidiado, que las encontradas en nuestro estudio, en donde La mitad de casos que se presentaron durante el periodo 2005-

2014 estaban afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB del régimen subsidiado y solo el 2% al régimen contributivo, debido a que la ESE, es una Empresa social del estado, debido probablemente al hecho de ser el Hospital San Rafael una Empresa Social del Estado. Estos datos son apoyados por los estudios de Galindo (57) y Lancheros Silva (53).

Como las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB según normatividad colombiana (Decreto 2323 de 2006, Decreto 3039 de 2007, Circular 063 de septiembre de 2007, Acuerdo 117 de 1998, Resolución 0002338 de 2013) son los responsables de garantizar el diagnóstico y confirmación de los casos relacionados con la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH, estas remiten a sus afiliados con prueba reactiva de Elisa para la realización de sus pruebas confirmatorias y manejan la información de las mismas; por lo que esta razón podría probablemente ser la causa del desconocimiento de los resultados de una gran proporción de pacientes con resultados reactivos para Elisa.

Para dar mayor validez a la relación del régimen de afiliación y la EAPB las Entidades promotoras que mayor número de afiliados diagnosticados tienen son las pertenecientes al régimen Subsidiado. Los pacientes afiliados a éste régimen son remitidos de otras instituciones para consulta especializada con medicina interna y ginecología, por lo que todas estas relaciones son estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ), Informe GARPR – 2014 Unids (78)

En general en lo que se refiere a las características sociodemográficas de los sujetos estudiados en nuestro estudio se observa que las variables régimen de afiliación, Nombre EAPB, EAPB – municipio de procedencia, fueron las que presentaron variabilidades significativas en relación al comportamiento de

variables sociales de los pacientes que han sido diagnosticados en la ESE, principalmente las variables régimen de afiliación y municipio de procedencia-EAPB hallazgos muy parecidos a los estudios de Informe UNGASS - 2012 (8), Lancheros Silva (53)

#### **4.3 Caracterización de Variables relacionadas con la prestación de servicios de salud y apoyo diagnóstico**

En relación al servicio intrahospitalario que solicita la atención para el paciente, en nuestro estudio la proporción en Consulta externa y Hospitalización es muy similar, mientras que en el estudio de Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH (45), la mayor proporción de sujetos diagnosticados, proceden del servicio de Consulta externa (84,6%) con tendencia creciente, mientras que en los pacientes hospitalizados es descendente. Esta diferencia debido posiblemente a que la muestra tomada para el estudio de la encuesta incluye a todos los pacientes diagnosticados que estaban en Consulta Externa y Hospitalización, mientras la muestra de nuestro estudio el total de casos.

Los casos relacionados con la transmisión parenteral y la transmisión materna han sido muy pocos, debido probablemente a deficiencias en las actividades de promoción y prevención tales como: búsqueda activa de casos en drogadictos, situación social del departamento o al éxito en las estrategias implementadas por el programa materno infantil en la ESE Hospital San Rafael o muy probablemente a la ineficacia del programa. Los datos obtenidos en relación al diagnóstico de la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH en las gestantes, coinciden con los de Madeddu (40), Lancheros Silva (53), y Papworth (92) proporción ésta que podría incrementarse si se oferta no solo a las gestantes del municipio de San Juan del Cesar, sino a todas las gestantes del departamento y

se realiza búsqueda en zona rural de la embarazadas que por causas del desplazamiento no se realizan el control del embarazo desconociéndose su estado serológico, lo cual trae como consecuencia el diagnóstico tardío. En el Departamento hasta la semana 46 de 2014, por cada 1.000 nacidos vivos, se presentó 1,1 casos de VIH en gestantes. En el municipio de San Juan se presentó un caso de una gestante procedente de zona rural y desplazada del Departamento del Magdalena, la cual fue detectada al momento del parto. En el Departamento de la Guajira, el alto porcentaje de diagnóstico de VIH en el tercer trimestre del embarazo 57,1% (8 casos) evidencia la debilidad de los controles prenatales, colocando en riesgo de VIH perinatal al producto de la gestación. Por lo que la presencia de un solo caso podría indicar la necesidad de intervenciones de promoción y prevención que deben desarrollarse con carácter prioritario el grupo de las gestantes para proteger el binomio madre-hijo. Los estudios de García (59), el Informe UNGASS - 2012 (8) e Informe de Gestión Gobernación de La Guajira 2014 (21) sustentan lo anteriormente dicho. Existen muchas situaciones que podrían estar interfiriendo en la eficacia de los programas: La mortalidad materna constituye un problema de salud pública que refleja desigualdades en las condiciones de vida de las personas y en particular de las mujeres en edad reproductiva. En el año 2011, el 50% de las personas con mayores Necesidades Básicas Insatisfechas soportaron el 67% de la Mortalidad Materna en el Departamento de La Guajira, y a la semana 39 del año 2014 se reportaron 20 casos de muertes maternas con una razón de prevalencia de 220,7 casos por 1000 nacidos vivos en toda La Guajira y de estos, 3 casos ocurrieron en San Juan del Cesar. En relación a la morbilidad materna extrema de las semanas 0 a la 53 del año 2014 se presentaron 439 (74, 79, 85,89 casos). Aunado a lo anterior cabe mencionarse que El Departamento de la Guajira, presenta muchos problemas que estarían según la defensoría del pueblo ocasionando una crisis humanitaria, la cual podría dificultar la lucha contra el VIH/Sida. Las razones que



vislumbran el panorama son: Por una parte, la de los habitantes de los quince municipios que lo integran, quienes comparten un panorama de deficiente prestación de servicios públicos, una red hospitalaria deshecha y la constante presencia de grupos armados al margen de la ley. Por otra, la distribución de la población por etnias, ya que es diferente a la del país: La mayor proporción de la población es indígena (44,7%), distribuida en sus 26 resguardos ubicados en 11 municipios del departamento y en él se concentraba el 20% de todos los indígenas de Colombia, de los cuales el pueblo Wayuu se ha diseminado en más de 15.000 km<sup>2</sup> de La Guajira colombiana y en territorios venezolanos. Existe una serie de problemas que aquejan a este grupo étnico: desnutrición, analfabetismo, carencia de agua potable dificultades de acceso de las comunidades a los servicios de salud; las bajas coberturas de promoción y prevención; la debilidad en la demanda inducida y el incumplimiento de las EPS en su función de aseguramiento, fallas en el cumplimiento de las funciones de aseguramiento y de oportuna intervención y coordinación de las autoridades de salud nacional y regional que permitan mejorar la calidad de vida de la persona que vive con el virus como lo describe el Grupo de expertos de la Secretaría del Plan nacional Sobre el Sida (104), Fraser (105) ; así como la acción de grupos armados ilegales que amenazan su existencia. La segunda posición es para los mestizos de la que hacen parte el 41,7% de la población de La Guajira. Todo lo anterior muestra un problema social, económico y ambiental que va más allá de las competencias en salud y de las entidades responsables del sector, así como de calidad y de la oportunidad de la atención en salud: abandono social, desplazamiento forzado, falta de agua potable, hambre, inseguridad alimentaria en la población indígena de La Guajira, condiciones higiénicas sanitarias deplorables y falta de saneamiento básico tal como se plantea en las investigaciones realizadas por Pérez-Molina (96) el Perfil sociodemográfico básico de La Guajira (102), la Defensoría del Pueblo (103)

El diagnóstico presuntivo se realiza en la ESE según la normatividad existente (Decreto 1543 de 1997 (55) y Resolución 0002338 de 2013 (62), en su totalidad a través de la Prueba de ELISA para detección de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH; también se utilizan las pruebas rápidas para los casos en los que aplica, resultado este que es verificado a través de la prueba de Elisa para detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH.

El tiempo que transcurre entre la toma de muestra y la entrega de resultados está establecido según protocolo teniendo en cuenta las recomendaciones sugeridas por el Instituto nacional de Salud. Un tiempo mayor a 15 días hábiles (3 semanas) se considera una entrega de resultado tardío para la atención del paciente, (87). En nuestro estudio se pudo observar que del total de pacientes confirmados en el mayor número de casos el resultado fue entregado a los pacientes de manera inoportuna, incrementándose este tiempo de espera, si se tiene en cuenta que una vez se obtiene el resultado a través del laboratorio, el paciente debe ser citado posteriormente para su consejería post prueba.

En cuanto a las pruebas confirmatorias y sus resultados la mayor proporción con resultados reactivos para la prueba de Elisa fueron confirmadas como positivas, lo que afirma los resultados obtenidos en el estudio de Galindo (57) y Cardona (32). Estos datos posiblemente cambiarían ya que una alta proporción se clasifica como “Se desconoce”, situación que refleja una falta de apoyo por parte de las EAPB a las cuales se les ha solicitado ayuda en la información y ésta ha sido negada por protocolo de seguridad en la información.

En lo que se refiere a las características de prestación de servicios de salud y apoyo diagnóstico en los sujetos estudiados, en nuestro estudio se observa la variable resultado prueba confirmatoria como la variable que presentó variabilidad

significativa en relación a la caracterización de las variables relacionadas con la prestación de servicios de salud y apoyo diagnóstico de los pacientes que han sido diagnosticados en la ESE.

#### **4.4 Comportamiento Epidemiológico de las Variables relacionadas con las características clínicas**

Al igual que los resultados obtenidos en el estudio de Madeddu (39) y Cardona (31) el virus que más afecta a la población asistente a la ESE Hospital San Rafael es el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH tipo 1.

El alto número de casos sin confirmar se deben probablemente a la falta de apoyo por parte de las EAPB para el seguimiento de los pacientes. Estos datos pudieron ser diferentes al conocerse los resultados. Los datos que se presentan en el Informe de Gestión Gobernación de La Guajira 2014 (21) reflejan la atención que las EAPB están dando a sus afiliados que viven con el Virus, por lo que las proporciones de confirmados sería mayor.

La Organización Panamericana de la Salud ha concluido que la transmisión homosexual masculina continúa siendo primordial en la región. En Bolivia, la epidemia del VIH/sida es de tipo concentrada, con prevalencias por encima de 5 % en poblaciones vulnerables, principalmente en grupos poblacionales de HSH, al igual que en Colombia, México, Perú y el Cono Sur como lo afirman los estudios de Miranda(29), Acosta (33), Díez (37), Registro Nacional de Casos España (46), Samudio (106), Carnicer-Pont (97), Ekouevi (107) y Mueses (91) también mencionan que la población más susceptible de infectarse con el virus del VIH es aquella en la que dentro de su comportamiento sexual están las relaciones homosexuales, mientras que en los estudios realizados por Castilla (44), Robbins

(39), Et all, castilla J (48) , Encuesta Hospitalaria en España (45) , Smith (108) los Usuarios de drogas son los que mayormente resultaron infectados. Contrario a éste planteamiento en nuestra investigación realizada , al igual que el estudio de Lancheros Silva (53), Pérez (81), Olukoga (34), Comisión nacional de SIDA-CONASIDA (88), la mayor proporción de la muestra con diagnóstico VIH o Sida fue la población heterosexual de sexo femenino, seguido de la materna y la homosexual. Esto se debe posiblemente a que en las mujeres están siendo muy vulnerables por determinantes sociales como falta de asertividad y situaciones de desigualdad social, estigma y discriminación que la llevan a realizar trabajos que incrementan su vulnerabilidad tales como el trabajo sexual como lo menciona Folch (101) . Es relevante recordar que del total de la muestra (102 casos) 96.1% reportaron ser heterosexuales, razón por la cual se podría afirmar que el ser heterosexual es una característica de las personas que son diagnosticadas con VIH/sida en la ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar, La Guajira.

Así mismo, el tener diagnosticado solo un caso de Hombres que tienen sexo con hombres o no tener casos reportados con mecanismo probable de transmisión por uso de drogas intravenosas, transfusión sanguínea, materno infantil, accidentes de trabajo, y trasplante de órganos, inducen a realizar estudios en búsqueda de casos con este mecanismo probable de transmisión, que posiblemente no se han identificado como lo plantea Lancheros Silva (53), Ekouevi (107), Smith (108), Diez M(109) y en su estudio de investigación.

En cuanto al estado de salud al momento del diagnóstico la mayor proporción de casos fue diagnosticada siendo aún asintomáticos y procedentes en su mayoría de municipios diferentes a San Juan del Cesar, relacionada posiblemente con el nivel de atención que se presta en la ESE, y al desconocimiento del estado serológico del paciente. Es de resaltar que la mayor proporción de sujetos

identificados como VIH-SIDA sintomáticos fallecieron, lo que indica un diagnóstico tardío y falta de promoción y prevención en los municipios del departamento. Estudios realizados por Madeddu (40), Informe de Gestión Gobernación de La Guajira 2014 (21), (Lancheros Silva (53), y Bolaños (90), validan lo anteriormente mencionado.

No se puede establecer el tiempo real para determinar la oportunidad entre la fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta y fecha de diagnóstico, debido a que muchos resultados no se conocen por que no llegaron a la ESE y muy probablemente el resultado fue tardío, situación ésta que interfiere en su análisis.

En lo que se refiere a las características clínicas de los usuarios con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA (tipo de caso, mecanismo probable de transmisión y condición actual), en nuestro estudio no se observa variable alguna que presente variabilidad significativa en relación al comportamiento epidemiológico de las variables relacionadas con la las características clínicas de los usuarios con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH/SIDA.

No se puede analizar la clasificación del caso por la falta de información. Por otra parte, tampoco se puede analizar lo relacionado con el tratamiento (efectividad, seguimiento, accesibilidad, oportunidad) debido a que en la Ficha INS 850 no se encuentra esta variable y las cuentas de alto costo en donde está dicha información es manejada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, lo que crea la necesidad de incluir otras variables en el software SIVIGILA para así poder complementar los análisis.

## **5. CONCLUSIONES.**

La información no es completa, por lo que no pueden establecerse certezas absolutas sobre algunas variables.

En general los pacientes diagnosticados en la Empresa Social del estado son en su mayoría hombres , encontrándose la mayor proporción de casos en edades comprendidas entre 15-49 años, población sexualmente activa y en menor proporción en los menores de 14 años y mayores de 50. Procedentes de zona urbana de los municipios de La Baja Guajira y que fueron atendidos en su mayoría en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización.

Se observan algunas tendencias: Crecimiento lento, razón de masculinidad reducida de 10:1 a 1:1, con predominio del mecanismo de transmisión sexual en heterosexuales y mujeres amas de casa.

Subregistro de la ocurrencia de pocos casos relacionados con la transmisión parenteral y materna.

Alto porcentaje de diagnóstico de VIH en gestantes en el tercer trimestre del embarazo (57.1%) evidenciando la deficiencia en los controles prenatales.

Mayor porcentaje de casos en personas con algún tipo de empleo (88%) y en su mayoría hombres(51%). La mitad de la totalidad de los casos estaba afiliado a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) del régimen subsidiado.

Tercera parte de pacientes diagnosticados fueron detectados tardíamente y su diagnóstico se acompañó de muerte debido probablemente a fallas en el Sistema de vigilancia.

Baja proporción de muertes en los pacientes que viven con el virus VIH asintomáticos, debido probablemente al diagnóstico oportuno y a la instauración de la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA) al lograr la adherencia al mismo.

Sistema de Vigilancia epidemiológica deficiente porque no se realizó un diagnóstico precoz de la infección por VIH en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia y en embarazadas.

Deficiencias en las actividades de promoción y prevención tales como: búsqueda activa de casos en drogadictos, captación temprana de las gestantes, situación social del departamento.

Falta de variables importantes en las fichas epidemiológicas del INS relacionadas con el tratamiento.

Desconocimiento de la problemática actual por parte de la Gerencia de la ESE impiden la toma de decisiones que permitan mejorar la calidad de vida de la población y la planeación en la atención en salud.

Deficiente retroalimentación de la información entre los gerentes de las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, Secretaría Local y Departamental de Salud.

## **6. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

Los factores de riesgo de la enfermedad del VIH/SIDA han tenido variación importante en los últimos 10 años, encontrándose que en el año 2010 la transmisión heterosexual fue del 85,7% de los casos, en 2011 de 90,5 % y en 2013 de 92,3%. El resto de los años fue del 100% .Lo anterior obliga a fortalecer las acciones preventivas de información, educación y detección en la población heterosexual masculina y femenina especialmente el grupo entre 15 y 49 años.

La infección por VIH es una infección que se transmite mayoritariamente por vía sexual. Por ello, sin descuidar otras formas de transmisión, es necesario implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión por esta vía, adecuándolas a las circunstancias sociales, culturales, políticas y económicas.

Una de las vías de transmisión que genera mayor impacto en la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA es la materna, ya que la infección a través de ésta se maneja a través de estrategias establecidas en el país que garantizan una alta probabilidad de no infectarse el niño si se sigue el protocolo establecido. Se sugiere seguir fortaleciendo las actividades que permitan una captación temprana de la gestante al control prenatal y una buena asesoría pre y post prueba, para que la madre acepte realizarse la prueba de detección para VIH en los primeros meses de embarazo.

En Colombia la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos. Sin embargo, casi el 18,6 % de las personas diagnosticadas de infección por primera vez durante el periodo acompañaron su diagnóstico con muerte lo que indica diagnóstico tardío. Es esencial que la población, los profesionales de la salud y las



Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB sean conscientes de que cualquier persona que realice prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de que es importante diagnosticar la infección lo antes posible. Igualmente, se recomienda educar a la comunidad en general para que la población afiliada exija a su EPS o ARS la realización de la prueba del VIH, pruebas que están financiadas por el Plan Obligatorio de Salud

El desconocimiento de datos de variable importantes como el resultado de la prueba confirmatoria, siendo ésta la que establece el diagnóstico en los pacientes que viven con el virus, dificulta realizar investigaciones enriquecedoras en donde se incluyan más variables de tipo de atención en salud y condiciones clínicas, por lo que se crea la necesidad de incluir otras variables en el software SIVIGILA para así poder complementar los análisis.

A través del Acuerdo 306 de 2.005 la nación garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los casos de infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida-VIH, para la cual el plan cubre la atención integral necesaria de la persona que vive con el virus ( asintomático del virus VIH ) y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el Síndrome y sus complicaciones y en ella se obliga a las Instituciones Prestadoras de salud a suministrar la información relacionada con los pacientes que viven con VIH y Sida; sin embargo para que el sistema funcione de manera adecuada debe haber retroalimentación en el sistema de información entre los actores que intervienen, por el bien de los pacientes y de la Salud Pública en el país.

Debido a las grandes fallas que se observan en el sistema de información la salud pública en el país se enfrenta a grandes retos, pues el subregistro, la calidad de los datos (en donde por ejemplo la tasa que reporta la Secretaría Departamental

de Salud de La Guajira y los casos que recibe el hospital son diferentes) y la inoportunidad en la entrega de la información dificulta la toma de medidas proactivas y oportunas que mejoren la calidad y expectativas de vida de los colombianos, especialmente la de los Guajiros. Se sugiere realizar mejorar la captura de datos creando un sistema propio institucional que mejore la información a fin de mejorar la toma de decisiones.

La realización de investigaciones relacionadas con éste tema nos ayudan a orientar las actividades de lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA a mejorar la prestación del servicio y atención integral a los pacientes que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH. En Nuestra institución no se encuentra documentada la realización de este tipo de trabajos; por lo que se recomienda motivar a la alta gerencia llevarlos a cabo con el fin de conocer la epidemiología y dimensión de la epidemia, planificar las actividades de prevención y las necesidades asistenciales y sociales de las personas viviendo con Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH y SIDA (PVVS).

Los determinantes sociales existentes en ésta problemática, incrementan el riesgo en las poblaciones más vulnerables de adquirir la infección, y la presencia del virus en estos grupos aumenta la pobreza e incrementa los costos en el sistema, por lo que se recomienda realizar estudios de investigación desde la economía política de la salud, los abordajes de la producción social de la enfermedad, e incluso, desde la epidemiología con enfoque crítico para mejorar la calidad de vida de la población.

Implementar el sistema de Vigilancia Epidemiológica institucional (Vigilancia activa, pasiva, especializada o centinela) con el fin de conocer el nivel de salud de la población y diseñar estrategias para el control de enfermedades, utilizando eficientemente los recursos materiales y humanos. (110)

La caracterización del comportamiento y la dinámica del evento permite priorizar la población a intervenir según los resultados, por lo que recomienda dar a conocer los resultados obtenidos de la investigación al gerente de la Empresa Social del Estado- ESE Hospital San Rafael en el Municipio de San Juan del Cesar, con el fin de que conozca la realidad e identifique la problemática actual a la cual se enfrenta como gerente de una institución hospitalaria pública segundo nivel, y de referencia en el departamento, que le lleven a la toma de decisiones que permitan mejorar la calidad de vida de la población y la planeación en la atención en salud.

Retroalimentar el hallazgo de casos a los gerentes de las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, Secretaría Local y Departamental de Salud con el fin de implementar planes que incluyan las especificidades sociales y culturales de los habitantes guajiros y que mejoren la calidad de vida de la población , a través del trabajo en equipo con los diferentes municipios que remiten sus pacientes a la Empresa Social del Estado- ESE Hospital San Rafael.(111)

Concienciar a los profesionales de la salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB sobre el comportamiento epidemiológico y la tendencia del VIH/sida.

Debido a que el PIC es ejecutado por la ESE Hospital San Rafael se sugiere canalizar los recursos que existen a nivel internacional, para ejecutar proyectos y planes de prevención e información que minimicen la epidemia a nivel local teniendo en cuenta grupos vulnerables como los hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, población indígena, gestantes, personas de otras regiones que son víctimas del desplazamiento forzoso y que se han ubicado en áreas rurales del municipio de San Juan del Cesar y del Departamento en general.(112)

### **Limitaciones:**

Este trabajo tiene sus limitaciones en cuento a:

Los hallazgos obtenidos se deben interpretar o valorar con cautela dado que no deben ser extrapolados al municipio de San Juan del Cesar ni al departamento, ya que solo reflejan la situación de los pacientes que asisten a la Institución.

Debido a deficiencias en la vigilancia activa se presenta un comportamiento diferencial de los datos dado que la detección en muchos casos es tardía y llegan a la Empresa Social del Estado en etapa Sida, por lo que solo queda suscrito al hospital.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Departamento Nacional de Planeación República de Colombia. Los Objetivos 5 y 6 de Desarrollo del Milenio. II Informe del Milenio 2008. Bogotá D. C., Colombia. [Internet] 2010 [Consulta el 8 de febrero de 2014]. Disponible en: [http://www.cepal.org/colombia/noticias/documentosdetrabajo/1/39731/Objetivos\\_5\\_y\\_6.pdf](http://www.cepal.org/colombia/noticias/documentosdetrabajo/1/39731/Objetivos_5_y_6.pdf)
2. Protto J, Schaaf D, Fidel Suárez M, Darras C. Entorno epidemiológico y respuesta a la epidemia del VIH en Bolivia. Bolivia. Rev Panam Salud Pública [On-line ISSN 1020-4989]. 2008 [Consultado el 16 de Abril de 2014]; 23(4): 288-294. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1020-49892008000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1020-49892008000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
3. Harris Ricardo J, Rebolledo Cobos M, Díaz Caballero A. Lesiones orales en pacientes VIH/SIDA asociadas a tratamiento antirretroviral y carga viral. Barranquilla: Revista Científica Salud Uninorte; [Internet] 2012 septiembre a diciembre [Consulta el 16 de Abril de 2014]; 28(3); 16 Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/rt/prINTERfriendly/3250/3989>
4. Alcarraz C, Arias K, Peña C, Jesús Ventura J, Calle M. Factores Asociados a la realización de una prueba de detección de VIH en estudiantes universitarios. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana. Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina Organismo Internacional. México. [Internet]

2008 [Consulta 18 de mayo 2015]; 13(2): 53-61, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=71720916005>

5. Organización de las Naciones Unidas y Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Informe Nacional sobre los Progresos Aplicación del Ungass Chile. Enero de 2010 – Diciembre de 2011. Elaborado en marzo 2012. Enero de 2010 – Diciembre de 2011 Chile. [Internet] 2012 [Consulta el 8 de febrero de 2014]; Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_CL\\_Narrative\\_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CL_Narrative_Report[1].pdf)
6. Ministerio de Salud Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA. La situación del VIH/SIDA en Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud oficina regional de la Organización Mundial de la Salud Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. San José, Costa Rica. [Internet] 2004 Enero [Consulta el 8 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/vih.pdf%20>
7. López Palacio JD. Prevalencia y Caracterización del Fenómeno VIH/SIDA en Manizales-Colombia 1996-2009. 140 Archivos de Medicina. Manizales. [Internet] 2011 diciembre [Consulta el 8 de febrero de 2014]; 11(22) Julio. [Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273821489006>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Mundial de Avances en la lucha contra el SIDA. Colombia 2012. Bogotá. [Internet]. 2012 Marzo 31 [Consulta el 22 de Abril de 2014]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2\\_abril2012\\_final\\_UNGASS\\_COLOMBIA.pdf](http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2_abril2012_final_UNGASS_COLOMBIA.pdf)

9. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal (BES) Semana epidemiológica número 53 de 2014 (28 dic. al 03 ene 2015.). Bogotá. [Internet]. 2015 [Consulta 17 de Junio 2015]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2014%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2053.pdf>.
10. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia rutinaria departamental 2014 [Internet]. [Consulta 15 de Julio 2015]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/vigilancia-rutinaria.aspx>
11. Rivas E, Rivas A, Barría RM y Sepúlveda C. Conocimientos y actitudes sobre VIH/Sida de estudiantes de enfermería de las universidades de la frontera y austral de Chile. Temuco - Valdivia Chile. Cienc. Enferm [On-line ISSN 0717-9553]. 2009 [Consulta el 26 de junio 26 de 2011]; 15(1): 109-119. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0717-95532009000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0717-95532009000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Mejías Alcázar A. Diéguez Reyes M. Síndrome de SIDA Revisión Bibliográfica. [Internet]. Municipio Lisa. Ciudad Habana. [Internet] 2007 Marzo [Consulta el 16 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10586/Sindrome-SIDA-Revision-Bibliografica.html>
13. Alcántara Zapata N. Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. [Tesis para optar al título de licenciada en psicología con mención en psicología clínica en internet]. Lima Perú: Pontificia

Universidad Católica el Perú; 2008. [Consulta el 22 de Abril de 2014].  
Disponibile en:  
[http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/403/ALCAN\\_TARA\\_ZAPATA\\_NATALI\\_SINTOMATOLOGIA\\_DEPRESIVA.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/403/ALCAN_TARA_ZAPATA_NATALI_SINTOMATOLOGIA_DEPRESIVA.pdf?sequence=1)

14. ONU/SIDA. UNICEF. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida. Ginebra. [Internet] 2011 [Consulta el 16 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216\\_WorldAIDSday\\_report\\_2011\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf)
15. Ministerio de Protección Social. Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA. Bogotá D.C, Colombia. [Internet] 2006 Noviembre [Consulta el 22 de Abril de 2014]; Pág. 16. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20GESTI%C3%93N%20PARA%20EL%20MANEJO%20DE%20VIH%20-SIDA.pdf>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud Colombia 2014. Imprenta Nacional Ministerio de Salud y protección Social. Bogotá D.C. [Internet]. 2015 [Consulta 11 de Junio 2015]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/ASIS\\_2014\\_v11.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/ASIS_2014_v11.pdf)
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín epidemiológico, situación del VIH/SIDA Colombia 2013. Bogotá, D.C. [Internet] 2013 Octubre; [Consulta el 02 de Febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf>.



18. Gobernación de La Guajira. Plan de Desarrollo La Guajira 2014-2015. [Internet]. [Consulta 15 de Julio 2015]. Disponible en: [http://www.laguajira.gov.co/web/attachments/2156\\_Plan%20de%20Desarrollo%202014-2015%20Parte%20V.pdf](http://www.laguajira.gov.co/web/attachments/2156_Plan%20de%20Desarrollo%202014-2015%20Parte%20V.pdf)
19. Instituto Nacional de Salud. Equipo funcional vigilancia ITS. Grupo transmisibles: Informe del comportamiento en la notificación de VIH-Sida hasta el periodo epidemiológico 13 del año 2014. [Internet]. 2014 Junio 25 [Consulta 15 de Julio 2015]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/VIH-SIDA%202014.pdf>
20. Gobernación de la Guajira. Análisis de situación de salud en el departamento de La Guajira 2011. Riohacha, La Guajira. [Internet] 2012 [Consulta 22 de Abril 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-LaGuajira-2011.pdf>
21. Gobernación de La Guajira. Informe de Gestión Gobernación de La Guajira. [Internet]. 2014 Noviembre 30 [Consulta 26 de Junio 2015]. Disponible en: [http://www.laguajira.gov.co/web/attachments/2346\\_Informe%20de%20Gesti%C3%B3n-2014\\_Part1.pdf](http://www.laguajira.gov.co/web/attachments/2346_Informe%20de%20Gesti%C3%B3n-2014_Part1.pdf)
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva 360. OMS; [Internet] Octubre de 2013 [Consulta el 16 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

23. Fondo de las Naciones Unidas Unicef. Para la vida V.I.H/SIDA. [Internet]. [Consulta el 16 de abril de 2014]. Disponible en:  
<http://www.unicef.org/spanish/ffl/text/11/>
24. Organización de las Naciones Unidas. Informe anual del ONUSIDA 2007: conoce tu epidemia. [Internet]. ONUSIDA/08.21S / JC1535S (versión española, mayo de 2008) ISBN 978 92 9 173701 7 (Clasificación NLM: WC 503.6) Ginebra: OMS; [Consulta el 16 de abril de 2014]. Disponible en:  
[http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535\\_annual\\_report07\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535_annual_report07_es.pdf)
25. Organización de las Naciones Unidas. Informe anual del ONUSIDA 2014: ODM 6:15 AÑOS, 15 lecciones de esperanza de la respuesta al Sida. [Internet]. Mayo de 2015) Ginebra: OMS; [Consulta el 02 de Agosto de 2015]. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20150714\\_epi\\_core\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_epi_core_es.pdf)
26. Et all Billong SC. Epidemiological distribution of HIV infection among pregnant women in the ten regions of Cameroon and strategic implications for prevention programs]. Pan Afr Med J. 2015 Jan [Consulta 07 de Noviembre 2015]; 29;20:79. doi: 10.11604/pamj.2015.20.79.4216]. e Collection 2015. French. Disponible en: PubMed PMID: 26090037; PubMed Central PMCID: PMC4450023  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450023/>
27. Ministerio de Salud de Chile. División de Planificación Sanitaria: Informe nacional "Evolución VIH/SIDA, Chile 1984 - 2012. Departamento de Epidemiología. Chile. [Internet] 2013 Diciembre [Consulta el 8 de febrero 202

de 2014]. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_CL\\_Narrative\\_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CL_Narrative_Report[1].pdf)

28. Rubio García R. Pérez Medel Á. Análisis de la morbilidad y mortalidad en una cohorte de 1.115 pacientes con infección VIH (1989 – 1997) [Memoria para optar al Grado de doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2001. [Consulta el 16 de abril de 2014]. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/med/ucm-t25199.pdf>
29. Miranda Gómez O, Fariñas Reinoso AT, Coutín Marie G, Nápoles Pérez M, Lara Fernández H, Lago Alfonso T. Comportamiento de la epidemia de VIH Cuba. Rev. Méd Electrón. Matanzas. [Internet] 2012 Ene-feb. [Consulta el 16 de Abril de 2014]; 34(1) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242012000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000100002)
30. Ministerio de Seguridad y Protección Social. Bases Legales para el Manejo del VIH/SIDA en Colombia: Desarrollo Normativo en VIH-Sida Colombia. [Internet] [Consulta el 16 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=5356>
31. Ley 972 de 2005, 15 de Julio de 2005. Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. Bogotá. [Internet] 2005 Julio 15 [Consulta el 16 de Abril de 2014]; Diario Oficial n°. 45.970 Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0972\\_2005.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0972_2005.html)

32. Cardona-Arias J, Álvarez Flórez C y Gil Ruiz G. Prevalencia de VIH/Sida en Medellín y evaluación del desempeño de la prueba presuntiva, 2006-2012. Universidad Nacional de Colombia. Revista de Salud Pública. Bogotá, Colombia. [Internet] 2013 Diciembre [Consulta el 17 de Mayo de 2014]; 15 (6): 929-942 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42231751012>
33. Acosta Alegría M, Morales Gómez A, Gutierrez Pérez M, Piñera Díaz A. Epidemia del VIH/SIDA : Su comportamiento municipio La Habana Vieja periodos 1997-2002 y 2003-2008. La Habana Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García Iñiguez. Rev. Haban Cienc Méd [On-line ISSN1729-519X]. [Internet]. 2012 noviembre [Consulta 16 de Febrero 2015]; 11(2): 281-290. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000200014&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000200014&script=sci_abstract&tlng=es)
34. Olukoga, Idowu A. Epidemiologic trends of HIV/AIDS in Jamaica. Rev. Panam Salud Pública. Sur África. [Consulta 29 de Junio 2015]. [On-line ISSN 1020-4989]. 2004 [Consulta 12 de Mayo 2015]; 15(5): 358-363. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n5/22013.pdf>
35. Crabtree Ramírez, B, Caro Vega, Belaunzaran Zamudio F, Sierra-Madero J. High prevalence of late diagnosis of HIV in México during the HAART era. Salud pública Méx. México. [On-line ISSN 0036-3634]. 2012 [Consulta 12 de Mayo 2015]; 54(5): 506-514. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v54n5/a06v54n5.pdf>.
36. Miller W et al. Systematic review of HIV prevalence studies among key populations in Latin America and the Caribbean. Salud pública Méx.

México. [On-line ISSN 0036-3634]. 2013 [Consulta 12 de Mayo 2015]; 55suppl.1:S65-S78. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s1/a10v55s1.pdf>.

37. Diez M, Oliva J, Sánchez F, Vives N, Cevallos C, Izquierdo A, Grupo Sinivih. [Incidence of new HIV diagnoses in Spain, 2004-2009]. España. Gac Sanit. [On-line ISSN 0213-9111]. March-april 2012 [Consulta 12 de Mayo 2015]; 26(2): 107-115. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.023 Epub 2011 Nov 22. PubMed PMID: 22112715 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22112715>  
<http://www.gacetasanitaria.org/es/incidencia-nuevos-diagnosticos-vih-espana/articulo/S0213911111003013/>
38. Dehne K, Khodakevich L, Hamers F, Schwartländer. The Epidemic Eastern Europe: recent patterns and trends and their implications for policy-making. Universidad Heidelberg, Alemania. [Internet] 1999 [Consulta 12 de Mayo 2015]; 13(7): 749-1 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=THE+HIV%2FAIDS+EPIDEMIC+IN+EASTERN+EUROPE+%3A+RECENT+PATTERNS+AND+TRENDS+AND+THEIR+IMPLICATIONS+FOR+POLICY-MAKING>.
39. Robbins H, Shiels M, Pfeiffer R, Engels E. Epidemiologic contributions to recent cancer trends among HIV-infected in The United States. Maryland United States. [On-line DOI: 10.1097 / QAD.0000000000000163]. 2014 Marzo 27 [Consulta 12 de Mayo 2015]; 28(6): 881-90. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24300545>.
40. Madeddu G, Rezaa G, Mura m. European HIV/SIDA European HIV/SAids epidemic a perspectives from Italy. Expert Rev.Anti.infec. Ther (1), 25-36

(2009). Expertos Rev contra Infect Ther Italia. [On-line DOI: 10.1586 / 14787210.7.1.25]. 2009 Feb [Consulta 12 de Mayo 2015]; 7(1): 25-36. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19622055>.

41. Glynn MK, Ling Q, R Phelps, Li J, Lee LM Precisa supervisión del VIH epidemia en Estados Unidos : el caso de duplicación en el nacional de VIH sistema de vigilancia / SIDA. J Acquir Inmune Defic Syndr. [On-line doi: 10.1097 / QAI.0b013e318160d52a]. 2008 marzo 01 [Consulta 12 de Mayo 2015]; 47 (3): 391-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18176325>.
42. Valdespino J, García García M, Conde González C, Olaiz Fernández G, Palma O, Sepúlveda J, Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. Salud pública Méx [Internet] 2007 [Consulta 12 de Mayo 2015]; 49 suppl.3:s386-s394. ISSN 0036-3634. [Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s3/09.pdf>.
43. Saldarriaga-Arenas P, Alfonso J. Rodríguez-Morales A. Tendencias epidemiológicas en el comportamiento de la infección por VIH/SIDA en el municipio Pereira, Colombia, 1998-2011. Revista médica Risaralda. Pereira . [Internet]. July/Dec. 2012 [Consulta 12 de Mayo 2015]; 18(2) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v18n2/v18n2a08.pdf>
44. Castilla J, Sobrino P, Lorenzo J, Moreno C, Izquierdo A, Lezaun M, López I, et all. Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y sida en España. An. Sist. Sanit. Navar. [Internet]. España 2006 [Consulta 12 de

Mayo 2015]; 29(1): 13-26. Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29n1/colaboracion.pdf>

45. Ministerio de Sanidad, Política Social, e igualdad. Secretaría Nacional sobre El Sida: Encuesta Hospitalaria de Pacientes VIH/Sida Resultados 2013: Análisis de la Evolución 2000-2013. Madrid. [Internet]. 2014 Junio [Consulta 25 de Junio 2015]. Disponible en:  
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm>
46. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Ministerio de Economía y competitividad. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH acosta nacional de casos de sida. Actualización 30 de Junio de 2014; España. [Internet]. Noviembre 2014 [Consulta 20 de Junio 2015]. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida\\_Junio2014.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2014.pdf)
47. Chamorro L. VIH y SIDA en España. Revista: Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Madrid, España. [Internet] 2004 nov.-dec [Consulta el 11 de Noviembre de 2014]; 78 (6): 665-668. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/170/17078601.pdf>
48. et al, Castilla J. Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (2000-2004). Instituto de Salud Pública de Navarra, Pamplona, España. Gac Sanit [online ISSN 0213-9111]. [Internet]. 2006 [Consulta el 03 de Octubre de 2014]; 20(6):

442-448                      Disponible                      en:                      http:  
<http://www.scielo.org/pdf/gsv/v20n6/original3.pdf>.

49. Miranda Gómez O; Nápoles Pérez M. Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. Revista Cubana de Medicina Militar. [Internet] 2009 [Consulta el 17 de Abril de 2014]; 38(3-4): 63-72 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v38n3-4/mil073-409.pdf>.
50. Sánchez Bouza M, Sánchez Frenes P. Aspectos Bioéticos relacionados con los pacientes que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Medisur [Online ISSN 1727-897X]. 2009 [Consulta el 17 de Abril de 2014]; 7(2): 43-50. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2009000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000200006)
51. Machado Alba. J. Efectividad del Tratamiento Antirretroviral en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en Pereira y Manizales. Colombia. [Internet] 2011 [Consulta el 8 de febrero de 2014]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0124-00642011000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0124-00642011000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
52. Instituto Nacional de Salud. VIH – SIDA vigilancia y análisis del riesgo en salud pública: protocolo de vigilancia en salud publica VIH – SIDA 2014 - 06-11. PRO-R02.011 Versión 03. [Internet] 2015 19 de Marzo [Consulta el 11 de Noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20VIH%20-%20SIDA.pdf>



53. Lancheros A. Caracterización epidemiológica del VIH-SIDA en el departamento de Boyacá desde 2010 a 2012. [Trabajo de Grado para optar al título de Magister en Salud Pública – Profundización]. Bogotá: Universidad Nacional de Bogotá: Facultad de Medicina Departamento de Salud Pública. [Internet]. 2014 [Consulta 29 de Junio 2015]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43121/1/52715790.2014.pdf>
54. Ministerio de Protección Social. Guía para el manejo del VIH/SIDA Colombia. 2005 [Internet]. [Consulta 16 de Febrero 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/colombia\\_art.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/colombia_art.pdf)
55. Decreto Número 1543 de 1997 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se reglamente el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Bogotá. [Internet]. 1997 12 de Junio [Consulta el 17 de Febrero de 2015]; Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201543%20DE%201997.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201543%20DE%201997.pdf)
56. Ministerio de Salud y protección Social, UNFPA. Pautas para la realización de Asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV). Bogotá D.C. [On-line ISBN: 978-958-8735-07-8]. 2011 Junio 28 [Consulta 29 de Junio 2015]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio\\_vih/documentos/observatorio/PAUTAS%20VIH.pdf](http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/observatorio/PAUTAS%20VIH.pdf)
57. Galindo Q J, Tello B I, Mueses M H, Duque M J, Shor-Posner G, Moreno G. VIH y vulnerabilidad: una comparación de tres grupos en Cali, Colombia

Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia Colombia. [Internet]. 2011 enero-abril [Consulta 18 de mayo 2015]; 29(1): 25-33, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12020036003>

58. Alonso Palacio L. VIH / SIDA, un problema de salud pública Salud Uninorte Barranquilla. [On-line ISSN electrónico: 2011-7531]. 2011 julio-diciembre [Consulta 18 de mayo 2015]; 27(2): v-vi, Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v27n2/v27n2a01>

59. García R, Prieto F, Arenas C, Rincón J, Caicedo S, Rey G. Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005 Biomédica. Instituto Nacional de Salud Colombia. Bogotá. [Internet]. 2005 diciembre [Consulta 16 de Febrero 2015]; 25(4): 547-564, Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/843/84325415.pdf>

60. Bolaños Gutiérrez M. Implicaciones éticas, legales y sociales del diagnóstico de VIH/SIDA en la mujer. Revista cubana de Salud Pública. Sociedad Cubana de Administración de salud La Habana. Cuba. [On-line ISSN 0864-3466]. 2013 enero-marzo [Consulta el 17 de Febrero de 2015]; 39(1): 124-134 [Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100011)

61. Instituto Nacional de Salud. VIH – SIDA. Protocolo de Vigilancia para VIH/SIDA INS 2009. Grupo de vigilancia y control de enfermedades transmisibles (grupo infecciones de transmisión sexual). [Internet] 2009 Septiembre 25 [Consulta el 11 de Noviembre de 2014]. Disponible en: <http://santamargarita.gov.co/intranet/pdf/E.S.E/GUIAS%20EN%20SALUD%20PUBLICA/PROTOCOLOS/VIH-SIDA2.pdf>

62. Resolución 0002338 de 2013 de Ministerio de Salud y protección Social , por la cual se establecen directrices para facilitar acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otra Infecciones de Transmisión Sexual-ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS. [Internet]. 2013 Junio 28 [Consulta 29 de Junio 2015]; Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%202338%20de%202013.pdf>
63. Vargas Mendoza J, Cervantes Ramírez, M, Aguilar Morales J. Estrategias de afrontamiento del SIDA en pacientes diagnosticados como seropositivos Psicología y Salud. Universidad Veracruzana. Santiago México. [Internet] 2009 julio-diciembre [Consulta el 17 de Febrero de 2015]; 19(2): 215-221 Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000100001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001)
64. Vargas Mendoza J, Cervantes Ramírez, M, Aguilar Morales J. Estrategias de afrontamiento del SIDA en pacientes diagnosticados como seropositivos Psicología y Salud. Universidad Veracruzana. Santiago México. [Internet] 2009 julio-diciembre [Consulta el 17 de Febrero de 2015]; 19(2): 215-221 Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000100001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001)
65. Bayés, Begoña R, Comellas, S, Viladrich M. Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA Psicothema. Oviedo. Universidad de Oviedo. España. [Internet] 1998 [Consulta el 17 de Febrero de 2015]; 10(1); 127-134 Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=148>

66. Infante C, Zarco A, Cuadra S, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca México. [Internet] 2006 marzo-abril [Consulta el 17 de Febrero de 2015]; 48(2); 141-150, Instituto Nacional de Salud Pública México) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=10648206>.
67. Wolff L C. Alvarado M R, Wolff R. M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. Rev. Chil. Infectol. [On-line ISSN 0716-1018]. 2010 [Consulta el 17 de Abril de 2014]; 27(1): 65-74. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0716-10182010000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0716-10182010000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
68. Villa I, Vinaccia S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH. Universidad veracruzana. Xalapa, México. [Internet] 2006 enero-junio [Consulta el 17 de Febrero de 2015]; 16(1); 51-62. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29116106.pdf>.
69. García Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/Sida. Gac Sanit [Online ISSN 0213-9111]; Red de Investigación de Salud y Género. España. 2004 Consulta el 17 de Febrero de 2015]; 18, suppl.2: 47-54. [Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500007)
70. Moral J, Segovia M. Discriminación en mujeres que viven con Vih /Sida Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud. A Coruña, España. [Internet]. 2011 julio

[Consulta 29 de Junio 2015]; 2(2): 185-206 Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245118507004>

71. Guía de manejo de VIH en Colombia, basada en la evidencia. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Bogotá. [Internet]. [Consulta el 02 de Febrero de 2015]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DE%20VIH%20SIDA.pdf>

72. Herrera Travieso D. Factores de riesgo psicosociales en niños infectados y/o afectados por VIH/SIDA en Cuba en el año 2004. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología Cuba. Ciudad de la Habana. [On-line ISSN 1561-3003]. 2007 Sep.-dic [Consulta el 19 de Febrero de 2015]; 45(3): 1-8, Disponible en:  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032007000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032007000300002&script=sci_arttext)

73. Fernández Ruvalcaba M, Ruiz de Chávez Ramírez D, Almeida Perales C. Factores de riesgo que se asocian con la infección por VIH/SIDA Jurisdicción Sanitaria No. I Zacatecas Servicios de Salud de Zacatecas. [Internet]. [Consulta el 19 de Febrero de 2015]. Disponible en:  
<http://www.uaz.edu.mx/cippublicaciones/ricvol4num2tom1/Ciencias%20de%20la%20Salud/FACTORESDERIESGO.pdf>

74. Berbesí Fernández D, Segura Cardona A, Montoya Vélez L. Factores asociados a la vulnerabilidad al VIH en habitantes de calle, Medellín, Colombia 2011 CES Medicina. Universidad CES Medellín, Colombia. [Internet]. 2014 julio-diciembre [Consulta el 02 de Febrero de 2015]; 28(2): 193-202  
Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87052014000200005&lng=es&nrm=.pf&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052014000200005&lng=es&nrm=.pf&tlng=es)

75. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Internet]. [Consulta 18 de mayo 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
76. Quesada Font A, Saborit Martínez M, García Brings L. Factores de riesgo asociado al VIH/SIDA en pacientes mayores de 15 años. Municipio Bayamo. Multimed- Revista Médica Granma RPNS-1853 [On-line ISSN 1028-4818 Multimed]; 18(2) 3 Abril- Junio 2014 [Internet]. 2014 [Consulta el 19 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=308&IDARTICULO=54045&IDPUBLICACION=5475>
77. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. "ONUSIDA/JC2502/1/S" ISBN 978-92-9253-045-7 (Clasificación NLM: WC 503.6) [Internet] 2013 [Consulta 17 de Junio 2015]. Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_es\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf)
78. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe GARPR – 2014 unaids, Informe Nacional República de Colombia. Bogotá. [Internet]. 2014 Abril [Consulta 17 de Junio 2015]. Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//COL\\_narrative\\_report\\_2014.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//COL_narrative_report_2014.pdf)

79. Ministerio de la Protección Social- ONUSIDA. Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011. ONUSIDA - GRUPO TEMÁTICO PARA COLOMBIA PNUD - OPS - UNFPA - UNICEF - UNODC UNIFEM - ACNUR - OACDh - OIT – OIM. Bogotá. [Internet]. 2008 Enero [Consulta 15 de Julio 2015]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/images/PLAN%20VIH%20DEFINITIVO.pdf>
80. Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Rev Chil Salud Pública. [Internet] 2005 [Consulta el 11 de Noviembre de 2014]; 9(2): 103- 110 Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20128/21293>
81. Pérez Méndez G. Determinantes Sociales de la salud en Bogotá Dc: El caso del acceso y calidad de los servicios 2003, 2007 Y 2011. [Trabajo de grado para optar al título de: Magister En Administración En Salud por internet]. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá D.C. 2013 Febrero. [Consulta 16 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4291/80096752-2013.pdf?sequence=1>
82. Miranda Boza D. Factores socioeconómicos y tecnológicos determinantes de la mortalidad y calidad de vida en las Personas que viven Virus del SIDA y su contribución macroeconómica - Costa Rica 1985 - 2003. [tesis para optar al título de Magister en Economía con énfasis en Economía de la Salud y las Políticas Públicas por internet] San José, Costa Rica: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio; Octubre, 2006. [Consulta el 17 de Abril de 2014]. Disponible en: [http://ccp.ucr.ac.cr/proyecto/pdf/t\\_dboza.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/proyecto/pdf/t_dboza.pdf)

83. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y salud ENDS: Conocimiento del VIH/Sida y Otras ITS. Formas de Prevención Colombia 2010. Bogotá. [Internet] 2010 [Consultado el 16 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-12.pdf>
84. Plan de Ordenamiento Territorial, Municipio de San Juan del Cesar 2000-2004, [Internet]. [Consulta 16 de Febrero 2015]. Disponible en: [http://www.sanjuandelcesar-laguajira.gov.co/mapas\\_municipio.shtml?apc=bcxx-2-&x=2685373](http://www.sanjuandelcesar-laguajira.gov.co/mapas_municipio.shtml?apc=bcxx-2-&x=2685373)
85. Agudelo Calderón C, Cardona Botero J, Ortega Bolaños J, Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Bogotá. [Internet]. 2011 [Consulta 25 de Junio 2015]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf> .
86. Holanda da Cunha G, Teles Fiuza M y otros. Calidad de vida de hombres con Sida y el modelo de la determinación social de la salud Rev. Latino-Am. Enfermagem. [On-line DOI: 10.1590/0104-1169.0120.2541]. 2015 mar.-abr [Consulta 17 de Junio 2015]; 23(2): 183-91 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es\\_0104-1169-rlae-23-02-00183.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es_0104-1169-rlae-23-02-00183.pdf)
87. Instituto Nacional de Salud Subdirección Red nacional de Laboratorios. Manual para obtención y envío de muestras para análisis de eventos de interés en salud pública. [Internet]. 2011 [Consulta el 12 de Agosto de 2015]; ISBN 978-958-13-0145-4:113. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/tramites-y-servicios/examenes-de-inter%C3%A9s-en-salud->



[publica/SiteAssets/Manual%20obtencion%20y%20envio%20de%20muestras%20de%20EISP.pdf](#)

88. Comisión nacional de SIDA-CONASIDA. Caracterización epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en Chile. Rev. salud pública. [Internet] 2003 Diciembre [Consulta el 28 de Junio de 2014]; 15(6): 929-942, 2013 929. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182005000200008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182005000200008)
89. Et all Murray CJ. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. [Internet] 2014 Sep 13 [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 384(9947):1005-70. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60844-8. Epub 2014 Jul 22. Erratum in: Lancet. 2014 Sep 13;384 (9947):956. Lancet. 2014 Oct 25;384 (9953):1504. PubMed PMID: 25059949; PubMed Central PMCID: PMC4202387. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25059949>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202387/>
90. Bolaños Gutiérrez M, Rojo Pérez N. Prevención y diagnóstico tardío de SIDA en Ciudad de La Habana, 1986-2007. Rev. Cubana Méd Gen Integr [On-line ISSN 1561-3038]. 2009 [Consulta 15 de Julio 2015]; 25(2): 0-0. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0864-21252009000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0864-21252009000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
91. Mueses HF, Pinzón MV, Tello IC, Rincón-Hoyos HG, Galindo J. HIV and risk behaviors of persons of low socio-economic status, Popayan-Colombia (2008-2009). Colomb Med (Cali). [Internet] 2013 Mar [Consulta el 08 de

Noviembre de 2015]; 0;44(1):7-12. eCollection 2013 Jan. PubMed PMID: 24892315; PubMed Central PMCID: PMC4002005. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24892315>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4002005/>

92. Et al Papworth E. Mothers who sell sex: a potential paradigm for integrated HIV, sexual, and reproductive health interventions among women at high risk of HIV in Burkina Faso. *J Acquir Immune Defic Syndr*. [Internet] 2015 Mar [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 1;68 Suppl 2:S154-61. doi: 10.1097/QAI.0000000000000454. PubMed PMID: 25723980. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25723980>
93. Gutiérrez JP, Sucilla-Pérez H, Conde-González CJ, Izazola JA, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. [HIV seroprevalence among Mexicans age 15 to 49: results from the National Health & Nutrition Survey 2012]. *Salud Pública Mex*. [Internet] 2014 Jul-Aug [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 56(4):323-32. Spanish. PubMed PMID: 25604172. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25604172>
94. Olaore IB, Olaore AY. Is HIV/AIDS a consequence or divine judgment? Implications for faith-based social services. A Nigerian faith-based university's study. *SAHARA J*. [Internet] 2014 [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 11:20-5. doi: 10.1080/17290376.2014.910134. Epub 2014 May 12. PubMed PMID: 24820240; PubMed Central PMCID: PMC4272139. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24820240>
95. Kembo J. Changes in sexual behaviour and practice and HIV prevalence indicators among young people aged 15-24 years in Zambia: an in-depth

analysis of the 2001-2002 and 2007 Zambia Demographic and Health Surveys. SAHARA J. [Internet] 2013 [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 10(3-4):150-62. doi: 10.1080/17290376.2014.903620. Epub 2014 Apr 7. Review. PubMed PMID: 24702245; PubMed Central PMCID: PMC4039133. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24702245>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4039133/>

96. Et all Pérez-Molina JA. Characteristics of HIV infected individuals traveling abroad. Results from the +REDIVI Collaborative Network. Enferm Infecc Microbiol Clin. [Internet] 2015 May 26. [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; pii: S0213- 05X (15)00146-9. doi: 10.1016/j.eimc.2015.03.023. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26021187. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26021187>
97. Et all Carnicer-Pont D. Use of new technologies to notify possible contagion of sexually-transmitted infections among men. Gac Sanit. [Internet] 2015 May-Jun; [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 29(3):190-7. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.01.003. Epub 2015 Feb 21. PubMed PMID: 25707605 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25707605>
98. Judgeo N, Moalusi KP. My secret: the social meaning of HIV/AIDS stigma. SAHARA J. [Internet] 2014 [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 11:76-83. doi: 10.1080/17290376.2014.932302. Epub 2014 Jul 1. PubMed PMID: 24980478; PubMed Central PMCID: PMC4272192. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24980478>

99. Earnshaw VA, Jin H, Wickersham J, Kamarulzaman A, John J, Altice FL. Exploring intentions to discriminate against patients living with HIV/AIDS among future healthcare providers in Malaysia. *Trop Med Int Health*. [Internet] 2014 Jun [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 19(6):672-679. doi: 10.1111/tmi.12306. Epub 2014 Mar 26. PubMed PMID: 24666546; PubMed Central PMCID: PMC4450358. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666546>
100. Wong LP, Syuhada AR. Stigmatization and discrimination towards people living with or affected by HIV/AIDS by the general public in Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. [Internet] 2011 Sep [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 42(5):1119-29. PubMed PMID: 22299438. Wong LP, Syuhada AR. Stigmatization and discrimination towards people living with or affected by HIV/AIDS by the general public in Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2011 Sep;42(5):1119-29. PubMed PMID: 22299438. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22299438>
101. Folch C, Casabona J, Sanclemente C, Esteve A, González V; Grupo HIVITS-TS. [Trends in HIV prevalence and associated risk behaviors in female sex workers in Catalonia (Spain)]. *Gac Sanit*. [Internet] 2014 May-Jun [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 28(3):196-202. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.11.004. Epub 2014 Jan 6. Spanish. PubMed PMID: 24393261 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393261>
102. Perfil sociodemográfico básico. Departamento de La Guajira, Colombia [Internet]. [Consulta 15 de Julio 2015]. Disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/2/40392/1\\_La\\_Guajira.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/2/40392/1_La_Guajira.pdf)

103. Defensoría del Pueblo. Crisis Humanitaria en la Guajira 2014: Informe defensoría del pueblo Acción integral de la Defensoría del Pueblo en el departamento. Bogotá D.C, [Internet]. 2014 [Consulta 15 de Julio 2015]. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/informedefensorialguajira11.pdf>
104. Grupo de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional Sobre el Sida (SPNS); Sociedad Española de Psiquiatría (SEP); Grupo de Estudio de Sida (GESIDA); Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Electronic address: rpolor@msssi.es. [Consensus document on psychiatric and psychological aspect in adults and children with HIV infection]. Enferm Infecc Microbiol Clin. [Internet] 2015 Sep 22. [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; pii: S0213-005X(15)00308-0. doi: 10.1016/j.eimc.2015.07.018. [Epub ahead of print] Spanish. PubMed PMID: 26409725. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26409725>
105. Et all Fraser N. Reorienting the HIV response in Niger toward sex work interventions: from better evidence to targeted and expanded practice. J Acquir Immune Defic Syndr. [Internet] 2015 Mar [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 1;68 Suppl 2:S213-20. doi: 10.1097/QAI.0000000000000456. PubMed PMID: 25723987. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25723987>
106. Samudio M, Vesga JF, Cohenca B, Jacobs M, Brezzo C. [Estimate of the incidence of HIV in the adult population of Paraguay using the MoT mathematical model]. Rev Panam Salud Publica. [Internet] 2015 Mar; [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 37(3):154-61. Spanish. PubMed

PMID: 25988252. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25988252>.

107. Et all Ekouevi DK. HIV seroprevalence and associated factors among men who have sex with men in Togo. Rev Epidemiol Sante Publique. [Internet] 2014 Apr [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 62(2):127-34. doi: 10.1016/j.respe.2013.11.074. Epub 2014 Mar 6. French. PubMed PMID: 24613465. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24613465>

108. Et all Smith LR. Engagement in the HIV Care Continuum among Key Populations in Tijuana, Mexico. AIDS Behav. [Internet] 2015 Sep 9. [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26354518. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26354518>

109. Et all Diez M. Trends in HIV testing, prevalence among first-time testers, and incidence in most-at-risk populations in Spain: the EPI-VIH Study, 2000 to 2009. Euro Surveill. [Internet] 2014 Nov 27 [Consulta el 08 de Noviembre de 2015]; 19(47):20971. PubMed PMID: 25443036. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25443036>

110. Gobierno de Colombia. Ministerios de Vivienda, Educación, Salud y Medio Ambiente. Análisis de situación de salud Dirección de Demografía y Epidemiología. [Internet]. 2011 [Consulta 15 de Julio 2015]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Imprimibles La Guajira 2014.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Imprimibles%20La%20Guajira%202014.pdf)

111. Arrivillaga Quintero M, Alzate Posada ML, Useche Aldana B. Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. Rev. Gerenc. Polit. Salud [On-line- ISSN 1657-7027]. [Consulta 15 de Julio 2015]; 2009; 8(1): 58-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v8n16/v8n16a04.pdf>
112. Lopera Medina MM. Impacto social y económico del VIH en individuos y familias de Bogotá 2008-2009: Un resultante de los procesos micro y macrosociales del contexto. [Trabajo de grado presentado con el cual se otorgó el título de Doctora en Salud Pública por internet]; Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia Doctorado interfacultades en Salud Pública. 2010 [Consulta 15 de Julio 2015]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2716/1/597597.2010.pdf>

## 8. ANEXOS

### Anexo 1. Carta de Solicitud ESE Hospital San Rafael Nivel II

Enero 22 de 2013

Doctor  
LUIS CONSTANTINO MUÑOZ VENCE  
Gerente  
ESE Hospital San Rafael Nivel II  
E. S. D.

Asunto: Solicitud permiso para uso de informacion

Cordial Saludo.

Por medio de la presente solicito me conceda el favor de permitirme utilizar la informacion de la base de datos de los pacientes que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana- Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida VIH/SIDA que reposa en los archivos de la ESE Hospital San Rafael para la realizacion de mi proyecto de investigacion **CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE LA MORBIMORTALIDAD DE VIH-SIDA Y SU RELACION CON LAS VARIABLES SOCIALES DE LA SALUD. ESE HOSPITAL SAN RAFAEL EN SAN JUAN DEL CESAR. 2005-2012** que me brindara la oportunidad de optar al titulo como Magister en Salud Publica y beneficiara a la ESE porque permitira apoyar la direccion de epidemiologia y salud en la institucion.

Este proyecto estara bajo la direccion de los docentes del Departamento de Salud Publica de la Universidad del Norte: Rafael Tuesca M. y Felipe Agudelo. De acuerdo a la clasificacion del riesgo de investigacion según la Resolucion 8430 de 1993, consideramos que la Investigacion es sin riesgo por ser de fuente secundaria, a partir de la construccion de una base de datos procedentes de las fichas epidemiologicas.

Agradezco su atencion prestada a mi solicitud.

Atentamente

*M.L.*



**LIDYS MARIA FRAGOZO GAMEZ**  
Profesional Universitario ESE Hospital San Rafael  
Aspirante al Titulo Magister en Salud Publica  
Universidad del Norte

c.copia archivo



## Anexo 2. Ficha epidemiológica



### SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Subsistema de información SIVIGILA Ficha de notificación



#### VIH / SIDA CÓDIGO INS 850

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 127309 y 126609

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS			FOR-R02.0000-030 V:04 AÑO 2015		
<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b>		<b>B. Tipo de ID*</b>	<b>C. Número de identificación</b>		
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANA   CE : CÉDULA EXTRANJERA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID					
5. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS					
<b>5.1 Mecanismo probable de transmisión</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>Sexual</b>    <input type="radio"/> 1. Heterosexual    <input type="radio"/> 4. Materno infantil  <input type="radio"/> 2. Homosexual  <input type="radio"/> 3. Bisexual                 </div> <div style="width: 45%;"> <b>Parenteral</b>    <input type="radio"/> 5. Transfusión sanguínea    <input type="radio"/> 9. Transplante de órganos  <input type="radio"/> 6. Usuarios drogas IV  <input type="radio"/> 7. Accidente de trabajo                 </div> </div>					
<b>5.2 Ante todo caso de transmisión materno infantil diligenciar</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 55%;"> <b>Nombre de la madre</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> </div> <div style="width: 20%;"> <b>Tipo de ID*</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> </div> <div style="width: 25%;"> <b>Número de identificación</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> </div> </div>					
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANA   CE : CÉDULA EXTRANJERA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>5.4 ¿Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación?</b>  <input type="radio"/> 1. Si    <input type="radio"/> 2. No                 </div> <div style="width: 20%;"> <b>5.4.1 Fecha de la donación (dd/mm/aaaa)</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div style="width: 35%;"> <b>5.4.2 Nombre de la institución donde realizó la donación:</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> </div> </div>					
6. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <b>6.1 ¿Recibió asesoría Pre prueba?</b>  <input type="radio"/> 1. Si    <input type="radio"/> 2. No                 </div> <div style="width: 20%;"> <b>6.2 ¿Recibió asesoría post prueba?</b>  <input type="radio"/> 1. Si    <input type="radio"/> 2. No                 </div> <div style="width: 20%;"> <b>6.3 Tipo de prueba</b>  <input type="radio"/> 1. Western Blot    <input type="radio"/> 3. Prueba rápida  <input type="radio"/> 2. Carga viral    <input type="radio"/> 4. Elisa                 </div> <div style="width: 40%;"> <b>6.3.1 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> </div>					
<b>6.3.2 Valor de la carga viral (N° de copias)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>					
7. OTROS ANTECEDENTES DEL PACIENTE					
<b>7.1 Estado clínico del paciente al momento de la notificación</b> <input type="radio"/> 1. VIH <input type="radio"/> 2. SIDA <input type="radio"/> 3. Muerto					
<b>7.2 Número de hijos menores de 5 años</b> Indique el número de hijos del paciente menores de 5 años, niños y niñas, según corresponda en los espacios señalados					
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Niños</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Niñas</div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <b>7.3 ¿Embarazo?</b>  <input type="radio"/> 1. Si    <input type="radio"/> 2. No                 </div> <div style="width: 70%;"> <b>7.3.1 Indique el número de semanas de gestación al momento del diagnóstico</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> </div>					
8. INFORMACIÓN CLÍNICA					
<div style="display: flex;"> <div style="width: 30%;"> <b>8.1 Enfermedades asociadas</b>  <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <input type="checkbox"/> 1. Candidiasis esofágica  <input type="checkbox"/> 2. Candidiasis de las vías aéreas  <input type="checkbox"/> 3. Tuberculosis pulmonar  <input type="checkbox"/> 4. Cáncer cervical invasivo  <input type="checkbox"/> 5. Tuberculosis extrapulmonar*  <input type="checkbox"/> 6. Coccidioidomicosis  <input type="checkbox"/> 7. Citomegalovirus  <input type="checkbox"/> 8. Retinitis por citomegalovirus  <input type="checkbox"/> 9. Encefalopatía por VIH  <input type="checkbox"/> 10. Otras micobacterias                 </div> </div> <div style="width: 40%;">                 Marque con una X las enfermedades oportunistas y/o coinfecciones que presente el paciente con estadio SIDA  <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <input type="checkbox"/> 11. Histoplasmosis extrapulmonar  <input type="checkbox"/> 12. Isosporidiasis crónica  <input type="checkbox"/> 13. Herpes zoster en múltiples dermatomas  <input type="checkbox"/> 14. Histoplasmosis diseminada  <input type="checkbox"/> 15. Linfoma de Burkitt  <input type="checkbox"/> 16. Neumonía por pneumocystis  <input type="checkbox"/> 17. Neumonía recurrente (más de 2 episodios en un año)  <input type="checkbox"/> 18. Linfoma inmunoblástico  <input type="checkbox"/> 19. Criptosporidiasis crónica  <input type="checkbox"/> 20. Criptococosis extrapulmonar                 </div> </div> <div style="width: 30%;"> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <input type="checkbox"/> 21. Sarcoma de Kaposi  <input type="checkbox"/> 22. Síndrome de emaciación  <input type="checkbox"/> 23. Leucoencefalopatía multifocal  <input type="checkbox"/> 24. Septicemia recurrente por Salmonella  <input type="checkbox"/> 25. Toxoplasmosis cerebral  <input type="checkbox"/> 26. Hepatitis B*  <input type="checkbox"/> 27. Hepatitis C  <input type="checkbox"/> 28. Meningitis  <input type="checkbox"/> 29. Recuento CD4 menor de 200                 </div> </div> </div>					

Correos: sivigila@ins.gov.co / ins.sivigila@gmail.com

### Anexo 3. Operacionalización de las variables

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN
TENDENCIA DE LA MORBIMORTALIDAD DE VIH/SIDA	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE TIPO SOCIODEMOGRAFICOS	Sexo	Característica fenotípica que diferencia al hombre de la mujer	Cualitativa	Nominal dicotómica	1= Masculino 2= Femenino
		Edad	Nº de años cumplidos por el paciente	Cuantitativa continua	Razón	en años cumplidos
		Zona	Procedencia según zona donde vive	Cualitativa	Nominal dicotómica	0= Urbano ; 1= Rural
		Municipio	Procedencia del lugar donde habita	Cualitativa	Nominal politómica	1= Riohacha 2= Dibulla 3= Uribia 4= Manaure 5= Albania 6= Maicao 7= El Banco 8= Hatonuevo 9= Barrancas 10= Fonseca 11= Distracción 12= San Juan 13= El Molino 14= Villanueva 15= Urumita 16= La Jagua del Pilar 17= Valledupar 18= Cartagena
		Estado Civil		Cualitativa	Nominal politómica	1= Casado; 2= Soltero; 3= Unión libre; 4=Separado/divorciado;

						5= Viudez 6= No aplica
		Ocupación	Actividad a la que se dedica	Cualitativa	Nominal politómica	1= Ama de casa 2= Oficios varios 3= Conductor 4= Soldado 5= Empleada doméstica 6= Comerciante 7= Albañil 8= Latonero 9= Vendedor 10= Prostituta 11=Estilista 12=Desempleado 13= Agricultor 14=Arquitecto 15= Artesano 16= Estudiante 17= Docente 18= Mototaxista 19= Técnico en refrigeración 20= Ayudante de albañilería 21= Administrador de hotel 22= No aplica 23= Se desconoce
		Recodificación de toma de muestra/entrega de resultados		Cualitativa	Nominal Politómica	1= Oportuno 2= Inoportuno 3=Se desconoce
		Estado de Embarazo		Cualitativa	Nominal dicotómica	1=Si 2= No

		Régimen de Afiliación Transformado	Clasificación según la afiliación al sistema de seguridad social	Cualitativa	Nominal politómica	1= Contributivo 2= Subsidiado 3=Excepción 4=Especial 5=No afiliado 6= Se desconoce
		Nombre EPS	Empresa prestadora de servicios de salud	Cualitativa	Nominal politómica	1= Mutual ser 2= Comfaguajira 3= Dusakawi 4= Cajacopi 5= Ejercito nacional 6= Comparta 7= Cajasalud 8= Anaswayuu 9= Salud vida 10= Humanavivir 11= Comfamiliar de Bolívar 12= Población no asegurada 13= Comparta 14= Caprecom 15= Comfacor 16= Desplazado 17= Coomeva 18= Saludcoop 19= Se desconoce
	<b>CARACTERÍSTICAS HOSPITALARIAS Y DIAGNÓSTICAS</b>	Servicio	Proceso institucional en donde es atendido el paciente	Cualitativa	Nominal politómica	1= Urgencias 2= Hospitalización 3= Consulta externa 4= UCI 5= Banco de Sangre
		Prueba de tamizaje realizada	Técnica utilizada para la prueba de tamizaje	Cualitativa	Nominal dicotómica	1= Elisa 2= Prueba rápida

		Nombre Prueba Confirmatoria	Nombre de la prueba utilizada para la confirmación	Cualitativa	Nominal politómica	1= Western blot 2=IFI    3= Se desconoce    4= No se hizo
		Resultado pruebas confirmatoria	Dato obtenido según la presencia o ausencia del virus	Cualitativa	Nominal politómica	1= Positiva 2= Negativa 3=Inconcluyente 4= Se desconoce
	<b>CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS</b>	Tipo de virus	Serotipo del virus del VIH	Cualitativa	Nominal politómica	1= VIH 1    2= VIH 2 3= Se desconoce 4= Ninguno
		Caso		Cualitativa	Nominal politómica	1= Confirmado 2=Descartado 3= Se desconoce
		Mecanismo probable de transmisión	Vía de exposición y transmisión del virus	Cualitativa	Nominal politómica	1=Heterosexual 2=Homosexual 3= Materno 4= Parenteral 5= Descartado
		Condición actual	Estado del paciente	Cualitativa	Nominal	1= Vivo 2= Muerto 3=Se desconoce

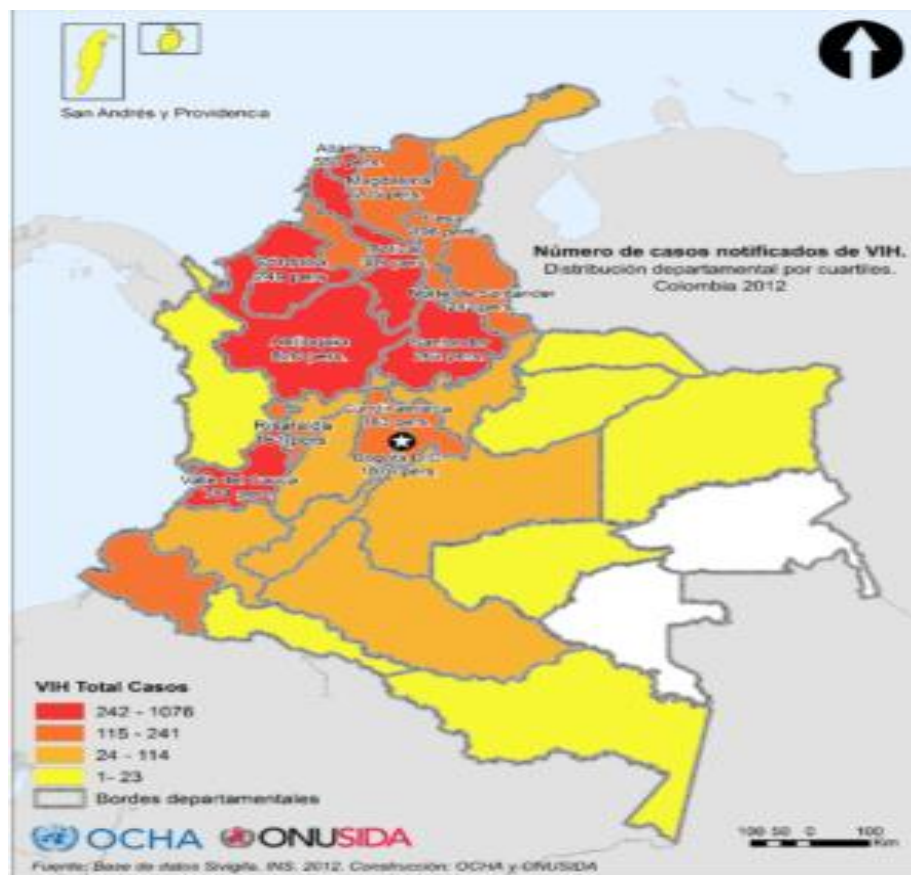
**Anexo 4. Distribución de casos de VIH y Sida,  
por municipio de residencia, La Guajira 2.005 - 2.014**

MUNICIPIOS	AÑOS																			
	2.005		2.006		2.007		2.008		2.009		2.010		2.011		2.012		2.013		2.014	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
MAICAO	17	12,2	8	7,8	16	15,5	21	15,6	14	10,1	32	22,5	15	10,3	28	18,9	37	24,4	27	17,5
MANAURE	1	2,2	1	1,0	2	2,9	4	5,2	2	2,5	2	2,4	2	2,3	1	1,1	3	3,1	3	3,0
RIOHACHA	25	25,1	23	13,6	10	5,9	29	15,0	20	9,9	25	11,8	27	12,2	34	14,7	31	12,9	31	12,4
DIBULLA	1	5,5	1	4,7	2	9,1	1	4,0	0	0,0	2	7,4	1	3,5	2	6,8	2	6,5	2	6,3
URIBIA	4	5,8	5	4,3	1	0,9	11	8,2	0	0,0	9	6,2	7	4,6	6	3,8	2	1,2	0	0,0
SAN JUAN	5	13,7	7	27,4	4	13,5	2	5,6	1	2,8	0	0,0	4	10,8	1	2,8	2	5,5	4	10,9
FONSECA	0	0,0	6	27,0	5	18,6	0	0,0	0	0,0	2	6,6	1	3,2	3	9,5	2	6,2	3	9,2
DISTRACCION	1	13,6	0	0,0	3	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VILLANUEVA	1	5,0	1	5,3	1	4,2	1	4,0	0	0,0	0	0,0	3	11,4	1	3,8	2	7,4	3	11,0
HATONUEVO	0	0,0	0	0,0	1	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,0	1	4,3	1	4,2
BARRANCAS	1	3,3	0	0,0	2	7,6	1	3,5	1	5,1	0	0,0	0	0,0	3	9,3	0	0,0	2	5,9
URUMITA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,8	0	0,0	1	6,4	1	6,2	0	0,0	1	5,9	0	0,0
ALBANIA	1	10,3	0	0,0	2	10,3	0	0,0	3	12,9	1	4,2	2	8,2	2	8,0	4	15,6	1	3,8
EL MOLINO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,8	0	0,0
LA JAGUA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	64,6	0	0,0	0	0,0

<b>TOTAL DPTO.</b>	<b>57</b>	<b>10, 8</b>	<b>52</b>	<b>7,9</b>	<b>49</b>	<b>7,5</b>	<b>71</b>	<b>9,3</b>	<b>41</b>	<b>5,2</b>	<b>74</b>	<b>9,0</b>	<b>63</b>	<b>7,4</b>	<b>85</b>	<b>9,7</b>	<b>88</b>	<b>9,8</b>	<b>77</b>	<b>8,3</b>
------------------------	-----------	------------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------

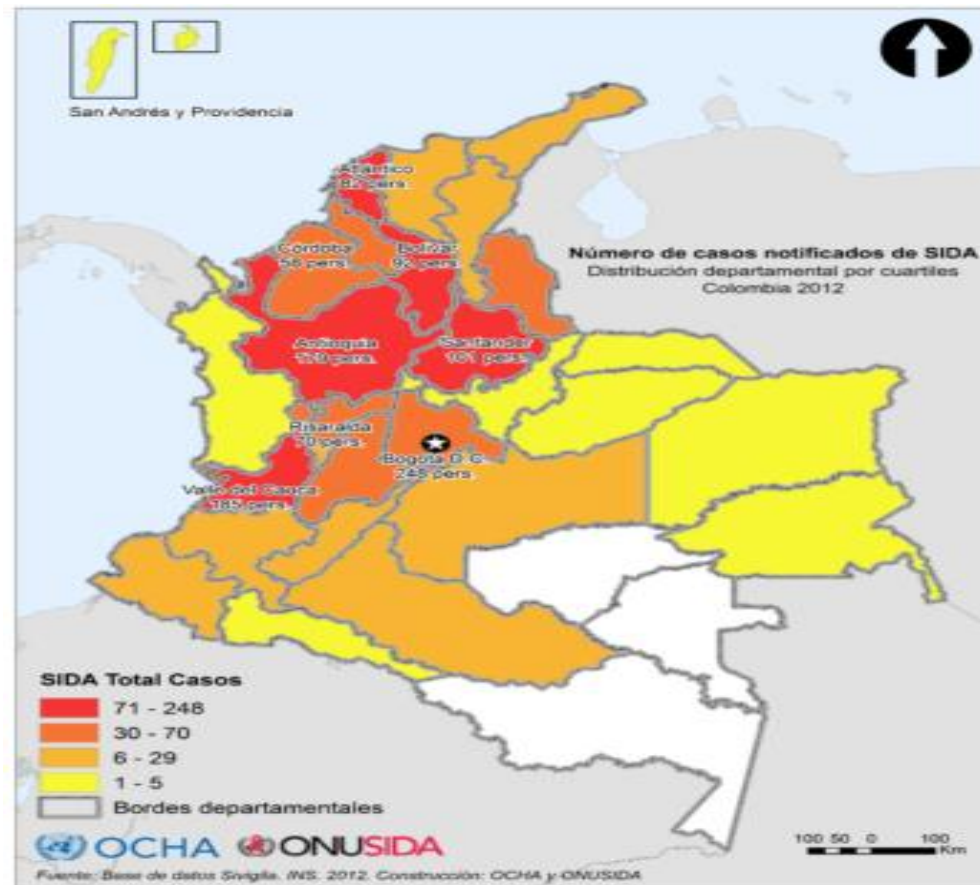
Fuente: SIVIGILA - Oficina de Vigilancia  
Epidemiológica - SDS.  
Tasa\*100.000 Habitantes

**Anexo 5. Número de Casos notificados de VIH en Colombia según departamento (Lugar de residencia)  
para el año 2012**

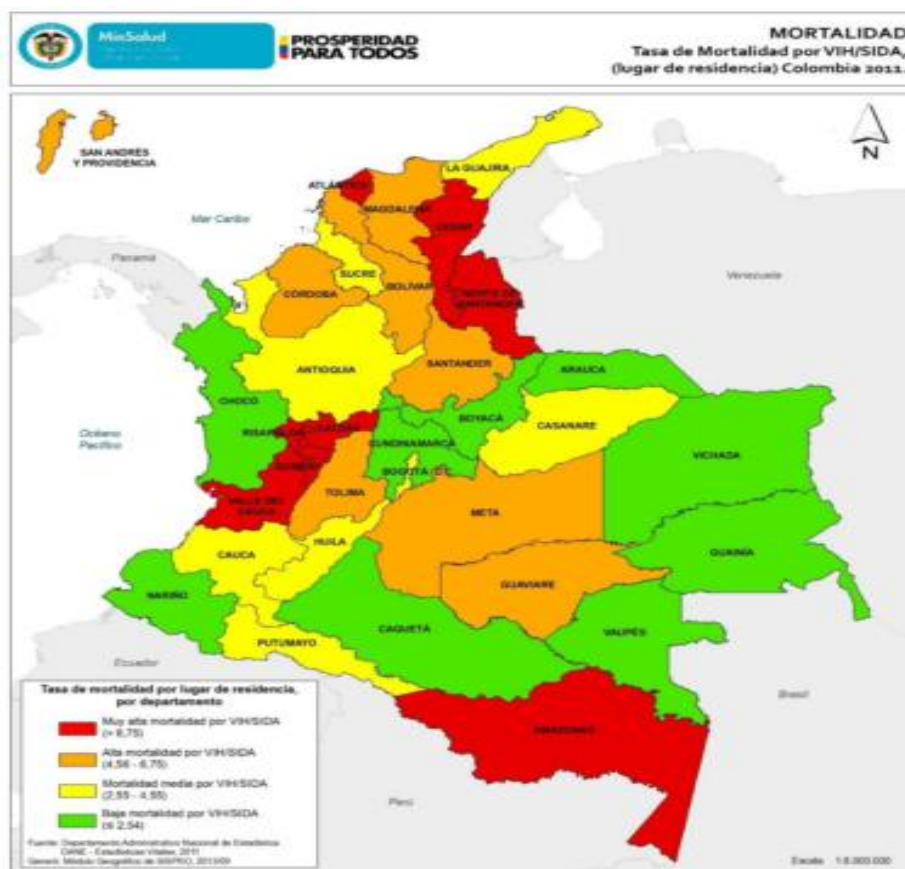




**Anexo 6. Número de Casos notificados de Sida en Colombia según departamento (Lugar de residencia)  
para el año 2012**



## Anexo 7. Tasa de mortalidad por Sida en Colombia según departamento (Lugar de residencia) para el año 2011



**Anexo 8. Tasa de mortalidad por Sida en Colombia según departamento (Lugar de residencia) para el año 2011**

Departamento	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Antioquia	3,90	4,95	4,52	5,12	4,06	4,14	4,55	4,40	4,71	5,09	4,53	4,66	4,37	4,10
Arauca	0,00	0,48	1,39	2,72	0,00	1,76	2,61	3,45	1,28	1,68	2,49	1,23	2,83	0,40
Atlántico	6,74	6,74	8,08	9,58	10,07	8,93	9,88	9,51	8,79	10,33	9,71	8,27	8,08	6,83
Bogotá	4,71	5,70	6,70	6,05	6,20	5,90	6,16	5,38	5,01	4,65	4,60	3,75	4,05	4,10
Bolívar	5,42	4,45	4,35	6,18	7,06	8,67	6,12	6,01	6,22	5,11	6,66	6,38	6,21	6,14
Boyacá	0,90	0,81	1,30	1,13	1,37	1,44	1,52	0,88	2,07	1,74	1,98	1,58	1,18	1,97
Caldas	2,82	3,24	4,06	5,82	4,36	6,01	5,28	5,88	6,70	5,96	6,88	6,96	6,75	6,94
Caquetá	2,55	1,52	1,50	1,49	3,69	3,41	2,41	4,04	3,05	5,10	4,35	4,52	4,47	2,43
Casanare	2,79	1,94	3,03	2,59	5,06	3,53	5,88	5,08	3,65	5,86	4,79	5,01	3,69	3,32
Cauca	0,76	1,25	1,48	1,38	1,53	1,28	2,07	1,89	2,03	2,56	3,62	2,68	2,50	3,53
Cesar	2,19	1,08	2,96	3,74	3,80	4,55	6,17	4,54	6,44	7,97	8,61	6,50	6,42	7,35
Chocó	0,00	0,93	1,38	0,91	1,13	0,67	1,56	1,54	0,44	1,95	1,50	2,12	2,73	2,29
Córdoba	1,29	2,39	3,74	2,75	4,42	4,21	5,67	4,90	4,63	4,37	2,21	4,88	5,31	4,73
Cundinamarca	1,05	1,33	2,50	2,45	2,96	2,95	2,77	2,76	2,93	3,10	2,71	2,63	3,43	2,54
Grupo Amazonía	2,36	1,15	1,87	4,02	2,51	3,87	5,88	4,09	5,02	4,28	5,18	2,23	5,65	4,01
La Guajira	1,78	1,14	1,82	1,74	1,34	1,60	1,99	2,93	2,82	4,21	3,54	2,78	2,81	2,72
Huila	2,86	4,01	4,37	5,56	5,27	5,19	7,02	3,95	5,75	7,88	5,03	5,52	5,17	4,28
Magdalena	2,67	3,74	2,90	3,59	2,94	3,54	4,12	3,48	4,05	6,24	5,76	6,30	5,49	6,27

Departamento	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Meta	2,56	1,76	2,29	4,48	5,19	6,94	9,79	7,02	8,87	7,09	6,46	7,03	9,07	6,75
Norte de Santander	3,43	4,24	4,12	6,25	6,69	5,73	7,38	7,32	6,62	6,56	5,02	5,60	6,47	7,03
Nariño	0,64	0,63	0,90	0,75	1,15	1,53	1,77	1,10	1,47	1,33	1,38	1,91	2,26	1,87
Putumayo	0,35	1,04	2,04	2,02	2,66	1,32	5,21	2,26	1,92	3,79	3,76	4,65	4,60	4,55
Quindío	8,37	11,99	12,89	15,69	9,33	11,36	14,11	11,04	11,91	12,58	12,51	12,62	10,73	16,28
Risaralda	6,99	9,14	7,47	8,80	8,63	8,02	9,31	10,92	10,74	10,79	10,61	10,22	8,65	8,92
San Andrés	4,51	7,45	8,87	7,33	2,91	7,22	5,72	4,25	0,00	1,40	5,54	2,75	4,09	5,41
Santander	3,94	3,70	3,78	4,85	4,41	4,49	5,03	6,03	4,57	5,86	5,88	5,75	5,82	5,15
Sucre	1,53	1,79	3,13	4,98	4,67	3,70	6,41	5,44	5,00	5,08	5,41	3,74	3,95	3,42
Tolima	2,34	2,33	2,39	3,43	2,97	4,50	3,09	4,91	4,74	5,24	5,15	5,78	7,35	6,11
Valle	5,98	7,81	8,46	8,15	8,33	8,98	9,37	9,11	8,99	8,92	8,06	7,93	8,30	8,38

Fuente. Estadísticas Vitales-DANE- 1998-2011.

**Anexo 9. Prevalencia de VIH/SIDA por municipio de residencia, La Guajira. 2010-2013.**

MUNICIPIOS	AÑOS							
	2.010		2.011		2.012		2.013	
	No. de Casos	Tasa*100.000 Hab.	No. de Casos	Tasa*100.000 Hab.	No. de Casos	Tasa*100.000 Hab.	No. de Casos	Tasa*100.000 Hab.
MAICAO	32	22,5	15	10,3	28	18,9	37	24,4
ALBANIA	1	4,2	2	8,2	2	40,8	4	15,6
RIOHACHA	25	11,8	27	12,2	34	14,7	31	12,9
EL MOLINO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,8
VILLANUEVA	0	0,0	3	11,4	1	0,0	2	7,4
DIBULLA	2	7,4	1	3,5	2	6,8	2	6,5
FONSECA	2	6,6	1	3,2	3	9,5	2	6,2
URUMITA	1	6,4	1	6,2	0	0,0	1	5,9
SAN JUAN	0	0,0	4	10,8	1	0,0	2	5,5
HATONUEVO	0	0,0	0	0,0	2	9,0	1	4,3
MANAURE	2	2,4	2	2,3	1	0,0	3	3,1
URIBIA	9	6,2	7	4,6	6	3,8	2	1,2
DISTRACCION	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
BARRANCAS	0	0,0	0	0,0	3	9,3	0	0,0
LA JAGUA	0	0,0	0	0,0	2	64,6	0	0,0
SIN DATOS							1	
TOTAL DPTO.	74	9,0	63	7,4	85	9,7	89	9,9

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA, Oficina de Vigilancia Epidemiológica - SDS

**Anexo 10. Razón de mortalidad materna según municipio residencia corte S.E. 1-39 La Guajira 2014.**

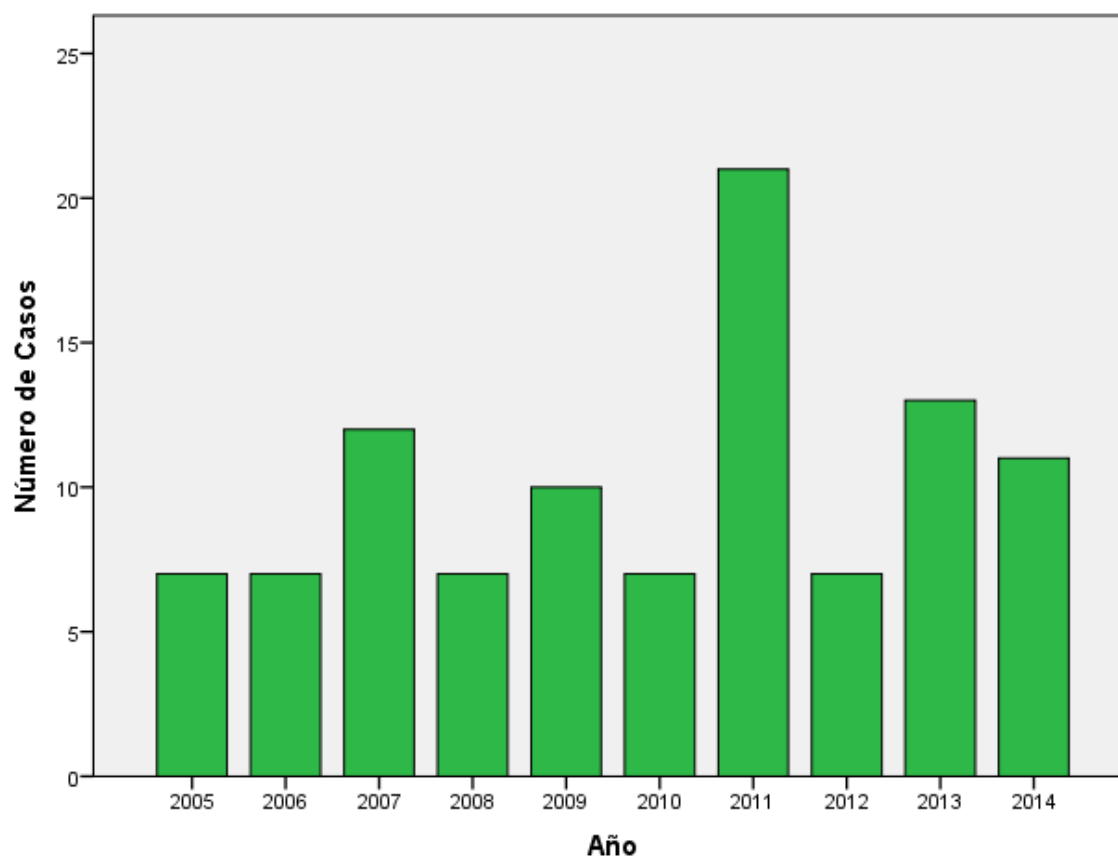
<i>Municipio</i>	<i>No de casos</i>	<i>RMM * 100.000 N.V**</i>
<i>Riohacha</i>	<i>5</i>	<i>136,8</i>
<i>Maicao</i>	<i>5</i>	<i>234,5</i>
<i>San Juan del Cesar</i>	<i>3</i>	<i>159,2</i>
<i>Uribía</i>	<i>3</i>	<i>370,4</i>
<i>Manaure</i>	<i>2</i>	<i>1351,4</i>
<i>Albania</i>	<i>1</i>	<i>1492,5</i>
<i>Dibulla</i>	<i>1</i>	<i>1408,5</i>

Fuente: Sivigila, Oficina de Vigilancia Epidemiológica. SDS

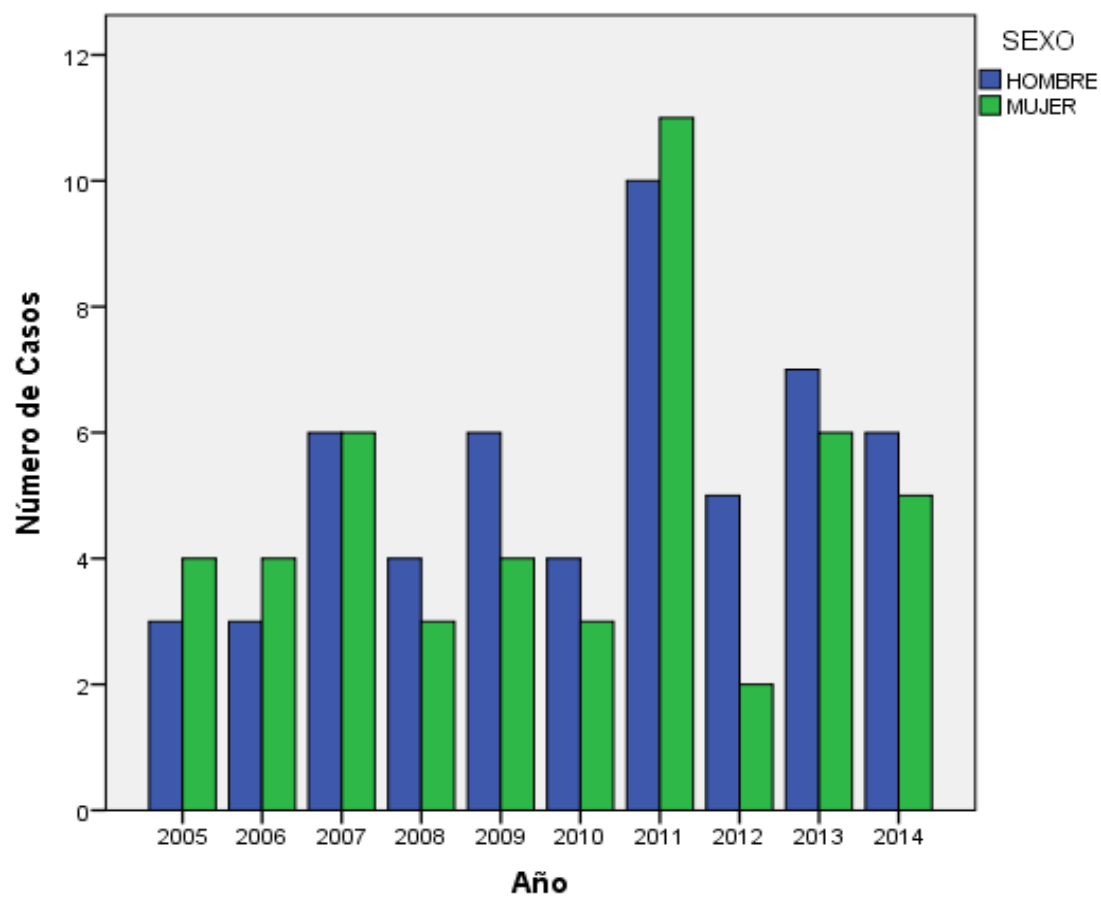
\*Razón de Mortalidad Materna parcial

\*\* Población de nacidos vivos según RUAF

**Anexo 11. Distribución de casos por año VIH y Sida según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-CASOS. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**

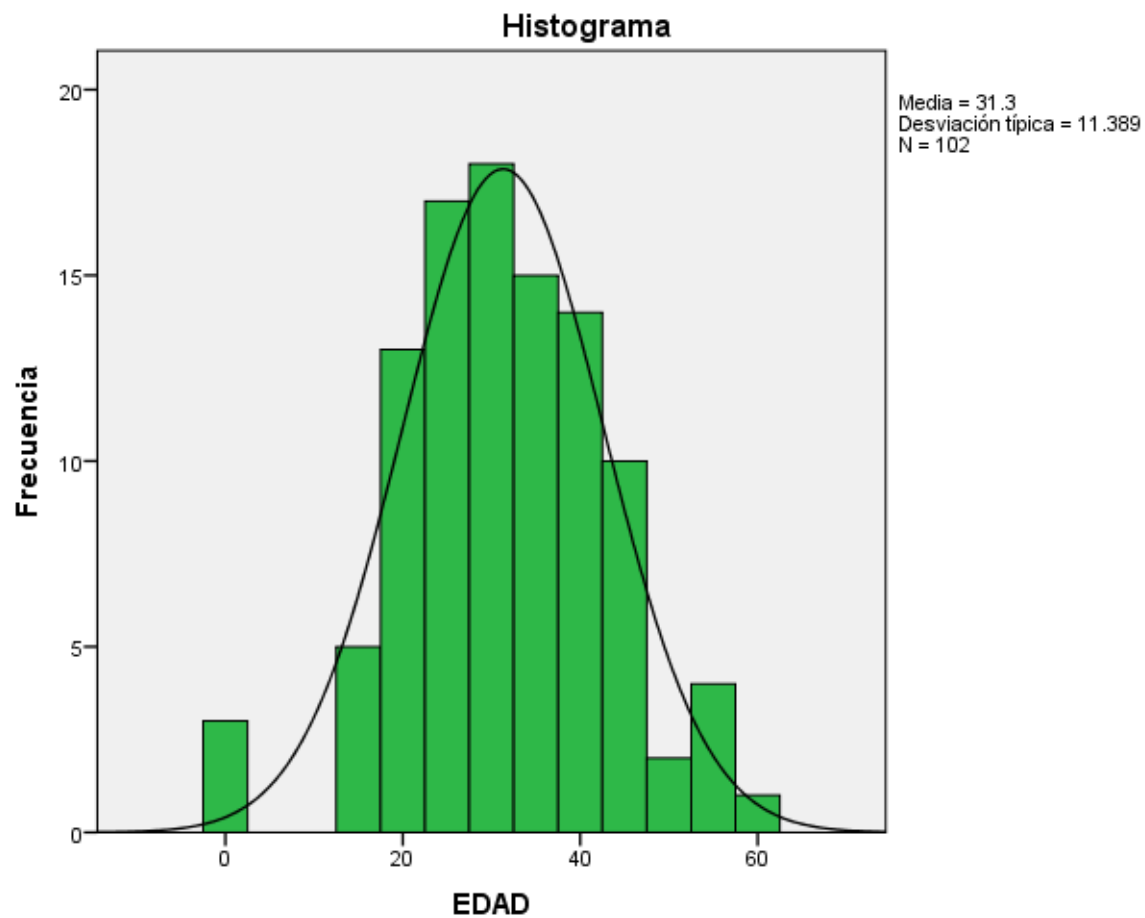


**Anexo 12. Tendencia de casos de VIH-SIDA según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**

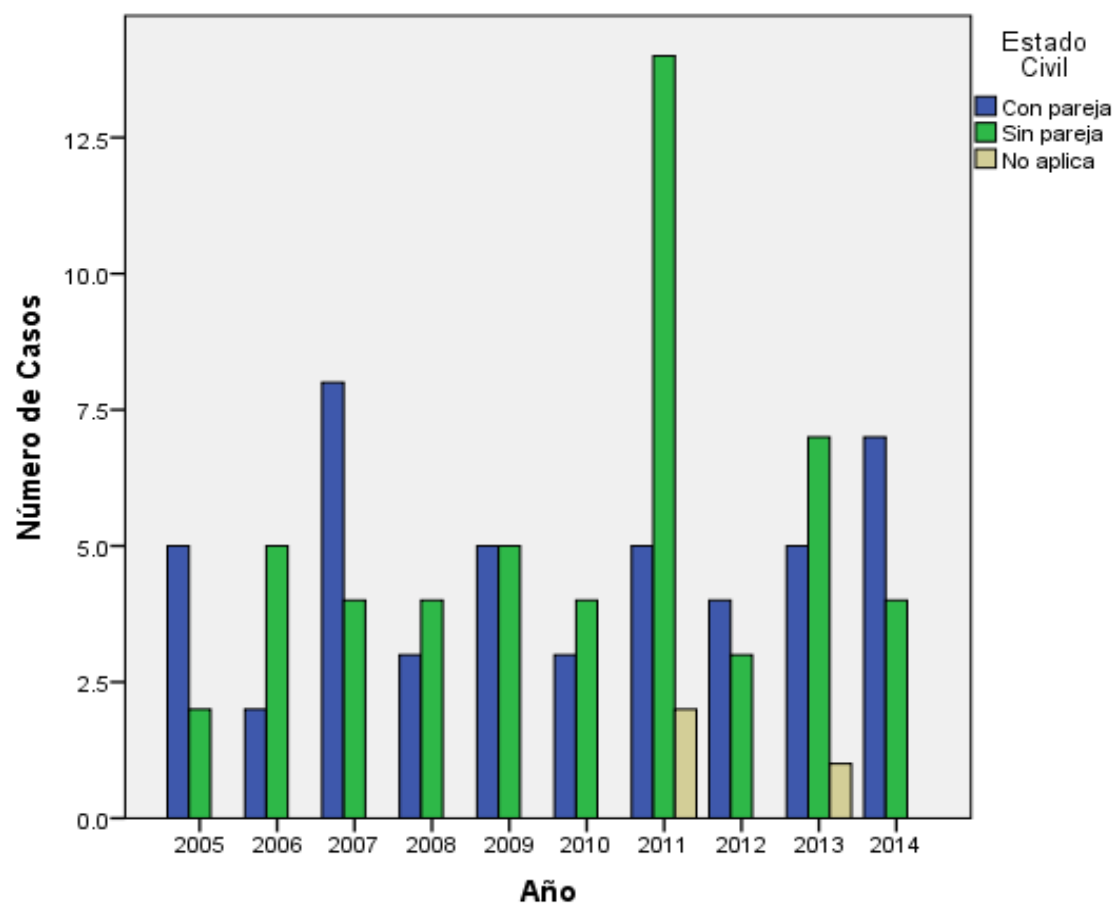




**Anexo 13. Histograma de frecuencia de casos de VIH-SIDA según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-EDAD. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**



**Anexo 14. Frecuencia de casos de VIH-SIDA según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico-ESTADO CIVIL. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**



**Anexo 15. Frecuencia de casos de VIH-SIDA según variable social relacionada con la salud de tipo sociodemográfico ESTADO CIVIL y SEXO. ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira. 2005-2014.**

